

年 月分 (No.)
奈良県障害者自立支援医療費自己負担上限額管理票

受診者氏名		受診者 生年月日	年 月 日
受診者住所	奈良県		

月額自己負担上限額 _____ 円

下記のとおり自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名	確認印
月 日		

※ 氏名、上限額等を受給者証でご確認のうえ、確認印を押してください。

日付	医療機関名	自己負担額	月間負担額 累積額	自己負担額 徴収印
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				