

## 自立支援医療自己負担上限額管理票【追加分】（      年      月分）

氏名	住所
----	----

指定医療機関は、自立支援医療費の1割を自己負担額として領収し、下欄の「自己負担額」「自己負担累計月額」に記入の上、領収印を押してください。  
 当月分の「自己負担累計月額」が自己負担上限額に達した場合は、達した日付と医療機関名を記入の上、確認印を押してください。  
 当月において、上限額到達以降は、自己負担額は生じません。

日付	医療内容	自己負担額	自己負担累計月額	医療機関名	自己負担額領収印
日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護	円	円		
日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護	円	円		
日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護	円	円		
日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護	円	円		
日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護	円	円		
日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護	円	円		
日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護	円	円		
日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護	円	円		
日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護	円	円		
日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護	円	円		
日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護	円	円		
日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護	円	円		
日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護	円	円		
日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護	円	円		
日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護	円	円		
日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護	円	円		
日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護	円	円		
日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護	円	円		

※ 下欄のとおり自己負担上限月額に達しました。

日付	医療機関名	確認印	自己負担上限月額
月 日			円

## 自立支援医療自己負担上限額管理票【追加分】（      年      月分）

氏名	住所
----	----

指定医療機関は、自立支援医療費の1割を自己負担額として領収し、下欄の「自己負担額」「自己負担累計月額」に記入の上、領収印を押してください。  
 当月分の「自己負担累計月額」が自己負担上限額に達した場合は、達した日付と医療機関名を記入の上、確認印を押してください。  
 当月において、上限額到達以降は、自己負担額は生じません。

日付	医療内容	自己負担額	自己負担累計月額	医療機関名	自己負担額領収印
日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護	円	円		
日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護	円	円		
日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護	円	円		
日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護	円	円		
日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護	円	円		
日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護	円	円		
日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護	円	円		
日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護	円	円		
日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護	円	円		
日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護	円	円		
日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護	円	円		
日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護	円	円		
日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護	円	円		
日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護	円	円		
日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護	円	円		
日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護	円	円		
日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護	円	円		
日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護	円	円		

※ 下欄のとおり自己負担上限月額に達しました。

日付	医療機関名	確認印	自己負担上限月額
月 日			円