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				

2008.04