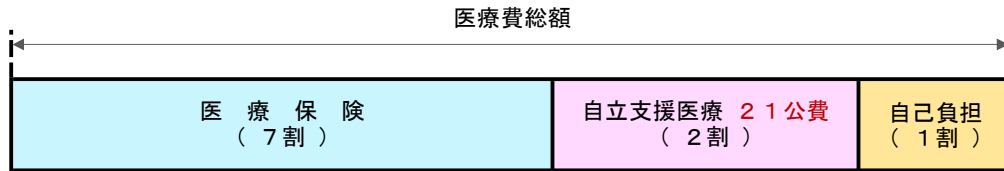


埼 玉 県
重度心身障害者医療費（精神通院）
－ 現物給付実施マニュアル －
【 8 4 公 費 】

1 制度概要

自立支援医療（精神通院医療）の自己負担金の額を助成するものです。

※ 自立支援医療の対象とならない医療費は、医療保険が適用される診療であっても対象外です。



自立支援医療の適用により1割負担となっている精神科の通院治療が、
重度心身障害者医療費を併用することで「無償化」されます。

重度心身障害者医療費
8割 (80%)

* 他法優先の原則 *

重度心身障害者医療費の他に国等の公費負担制度が適用される場合は、他の制度が優先的に適用されます。

2 助成方法

埼玉県内の自立支援医療指定医療機関である病院・診療所、調剤薬局、訪問看護事業者においては、公費併用レセプト請求による現物給付が可能です。埼玉県外の医療機関、現物給付を実施しない埼玉県内の医療機関では償還払いとなります。償還払いの場合は受給者本人又は保護者が市町村に支給申請を行う必要があります。

※ 受給者証発行元の市町村により現物給付の実施にあたっての条件が設定されている場合があります。

※ 8割 (80%) 公費が償還払いとなる場合でも、2割 (20%) 公費は従来どおり現物給付としてください。

3 現物給付実施における注意事項

(1) 自立支援医療と重度心身障害者医療の両方の受給者証を窓口で確認してください。

- ・ 医療費が発生した日の時点で両方の受給資格が有効である必要があります。
- ・ 受給資格のない者に対して現物給付が行われた場合、市町村から自己負担金相当額の支払いはできません。

(2) 自立支援医療の自己負担上限額管理票は必ず記入してください。

- ・ 8割 (80%) 公費の現物給付により窓口での支払いが無かった場合でも記入は必要です。
 - ・ 管理票の記入漏れにより上限額を超えて負担した場合、超過分は助成しない（受給者負担）ことがあります。
- ※ 上限額の設定がなく管理票を使用していない受給者については記入不要です。

(3) 2割 (20%) 公費を併用していないレセプトは返戻となります。

- ・ 自立支援医療が適用されていることが助成条件であるため、レセプトは2割 (20%) 公費の併用を必須とします。
 - ・ 後期高齢者医療の加入者で自立支援医療の負担額がない場合でも、公費欄に2割 (20%) 公費を記載してください。
- (P5、P9参照)

4 レセプト請求方法

受給者の加入する保険が国民健康保険、後期高齢者医療制度の場合は、埼玉県国民健康保険団体連合会に請求、被用者保険（社保）の場合は、社会保険診療報酬支払基金埼玉支部に請求します。

レセプト請求事例

No.	精神通院対象	医療保険	上限額	掲載頁
事例 1	同点	国保・社保・後期 （負担割合：2～3割）	上限額以下	3
事例 2			上限額超	4
事例 3		後期 （負担割合：1割）	上限額以下	5
事例 4			上限額超	6
事例 5	分点	国保・社保・後期 （負担割合：2～3割）	上限額以下	7
事例 6			上限額超	8
事例 7		後期 （負担割合：1割）	上限額以下	9
事例 8			上限額超	10

5 各種問い合わせ先

■ 制度全般に関するお問い合わせ

埼玉県さいたま市浦和区高砂 3-15-1

埼玉県保健医療部国保医療課 福祉医療・後期高齢者医療担当

電話：048-830-3364

■ 受給者個人に関する内容、請求手続き方法に関するお問い合わせ

* 受給者証を発行した市町村にお問い合わせください。

■ 診療報酬明細書の記載方法に関するお問い合わせ

● 国民健康保険（国保組合含む）、後期高齢者医療

埼玉県さいたま市中央区大字下落合 1704 番 国保会館

埼玉県国民健康保険団体連合会

（医科・訪問看護）審査一課 電話：048-824-2901

（調剤）審査二課 電話：048-824-2902

● 被用者保険（社会保険）

埼玉県さいたま市浦和区領家 3-18-1

社会保険診療報酬支払基金埼玉支部

電話：048-882-6631

レセプト請求事例 1

同点	上限額以下	自己負担割合 2～3割
----	-------	-------------

※下記は3割の場合の例です。

【例】保険負担割合：7割、自立支援医療上限額：5,000円、月2回通院＋調剤

		医療費総額	医療保険	自立支援医療 【21】	重度医療 【84】	患者負担
			7割 ↓	2割 ↓	(上限額超分) ↓	1割(～上限) ↓
1日目	病院	15,000 円	10,500 円	3,000 円	0 円	1,500 円
	薬局	8,000 円	5,600 円	1,600 円	0 円	800 円
2日目	病院	5,000 円	3,500 円	1,000 円	0 円	500 円
	薬局	4,000 円	2,800 円	800 円	0 円	400 円

上限額超過なし

レセプト請求額	医療費総額	医療保険	自立支援医療	重度医療	患者負担
(病 院)	20,000 円	14,000 円	4,000 円	2,000 円	0 円

レセプト請求額	医療費総額	医療保険	自立支援医療	重度医療	患者負担
(薬 局)	12,000 円	8,400 円	2,400 円	1,200 円	0 円

＜ 病院のレセプト記載例 ＞

診療報酬明細書

(医科入院外)

令和 年 月分

都道府 医療機関コード
県番号

[illegible]

療機関コード		1 医科	1社・国 2公費	3後期	1単独 22併 ③3併	2本外 4六外 6家外	8高外一 0高外7
保険者						給付割合	1098
番号							7()

被保険者資格に係る
記号・番号

(枝番)

公費①を自立支援医療、
公費②を重度医療とします。

療養の給付	保険料	請求点	※	決定点	一部負担金額	円			
		2,000			減額 割(円)免除・支払猶予	円			
	公費①	点	※	点	2,000	円			
	公費②	点	※	点		円	※ 高額療養費 円	※ 公費負担点数 点	※ 公費負担点数 点

レセプト請求事例 2

同点

上限額超

自己負担割合 2～3割

※下記は3割の場合の例です。

【例】保険負担割合：7割、自立支援医療上限額：2,500円、月2回通院＋調剤

	医療費総額	医療保険	自立支援医療 【21】	重度医療 【84】	患者負担
		7割 ↓	2割 ↓	(上限額超分) ↓	1割(～上限) ↓
1日目					
病院	15,000円	10,500円	3,000円	0円	1,500円
薬局	8,000円	5,600円	1,600円	0円	800円
2日目					
病院	5,000円	3,500円	1,000円	300円	200円
薬局	4,000円	2,800円	800円	400円	0円

重度医療は上限額の2,500円まで負担。

上限額を超えた分は自立支援医療の負担となります。

レセプト請求額	医療費総額	医療保険	自立支援医療	重度医療	患者負担
(病院)	20,000円	14,000円	4,300円	1,700円	0円

レセプト請求額	医療費総額	医療保険	自立支援医療	重度医療	患者負担
(薬局)	12,000円	8,400円	2,800円	800円	0円

< 病院のレセプト記載例 >

診療報酬明細書

(医科入院外)

都道府県番号 医療機関コード

令和 年 月 分

公費負担者番号①	2	1	1	1	*	*	*	*	公費負担医療の受給者番号①	*	*	*	*	*	*
公費負担者番号②	8	4	1	1	*	*	*	*	公費負担医療の受給者番号②	*	*	*	*	*	*

公費①を自立支援医療、公費②を重度医療とします。

1 医科	1 社・国	3 後期	1 単独	2 本外	8 高外一
2 公費			2 2 併	4 六外	0 高外7
			3 3 併	6 家外	
保険者番号				給付割合	10 9 8
					7 ()
被保険者資格に係る記号・番号		(枝番)			

請求点	※	決定点	一部負担金額	円
2,000				
公費①	点	※	減額割(円)免除・支払猶予	円
1,700				
公費②	点	※	円	※高額療養費 円
				※公費負担点数 点
				※公費負担点数 点

レセプト請求事例 3

同点

上限額以下

自己負担割合 1割

【例】保険負担割合：9割、自立支援医療上限額：5,000円、月2回通院＋調剤

	医療費総額	医療保険	自立支援医療 【21】	重度医療 【84】	患者負担
		9割 ↓	(定率分なし) ↓	(上限額超分) ↓	1割(～上限) ↓
1日目	病院 15,000 円	13,500 円	0 円	0 円	1,500 円
	薬局 8,000 円	7,200 円	0 円	0 円	800 円
2日目	病院 5,000 円	4,500 円	0 円	0 円	500 円
	薬局 4,000 円	3,600 円	0 円	0 円	400 円

上限額超過なし

自立支援医療の負担は発生しません。

レセプト請求額 (病院)	医療費総額	医療保険	自立支援医療	重度医療	患者負担
	20,000 円	18,000 円	0 円	2,000 円	0 円

レセプト請求額 (薬局)	医療費総額	医療保険	自立支援医療	重度医療	患者負担
	12,000 円	10,800 円	0 円	1,200 円	0 円

< 病院のレセプト記載例 >

診療報酬明細書

(医科入院外)

都道府県 医療機関コード
番号

令和 年 月 分	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
公費負担者番号①	2	1	1	1	*	*	*	*	*	*	*	*
公費負担者番号②	8	4	1	1	*	*	*	*	*	*	*	*

療機関コード		1 医 科	1 社・国 2 公費	3 後期	1 単独 2 2 併 ③ 3 併	2 本外 4 六外 6 家外	8 高外一 0 高外7
保険者 番 号						給付割合 10 9 8 7 ()	

被保険者資格に係る 記号・番号	(枝番)
--------------------	------

公費①を自立支援医療、
公費②を重度医療とします。

後期 1 割負担の受給者で上限額を超えない場合、
2 1 公費の負担は発生しませんが、**8 4 公費を
請求する場合は必ず 2 1 公費も記載してください。**

療養の給付	請求点 ※ 決定点	一部負担金額 円	減額 制(円)免除・支払猶予 円
公費①	2,000		2,000
公費②			

レセプト請求事例 4

同点

上限額超

自己負担割合 1割

【例】保険負担割合：9割、自立支援医療上限額：2,500円、月2回通院＋調剤

	医療費総額	医療保険	自立支援医療 【21】	重度医療 【84】	患者負担
		9割 ↓	(定率分なし) ↓	(上限額超分) ↓	1割(～上限) ↓
1日目					
病院	15,000円	13,500円	0円	0円	1,500円
薬局	8,000円	7,200円	0円	0円	800円
2日目					
病院	5,000円	4,500円	0円	300円	200円
薬局	4,000円	3,600円	0円	400円	0円

重度医療は上限額の2,500円まで負担。

上限額を超えた分は自立支援医療の負担となります。

レセプト請求額	医療費総額	医療保険	自立支援医療	重度医療	患者負担
(病院)	20,000円	18,000円	300円	1,700円	0円

レセプト請求額	医療費総額	医療保険	自立支援医療	重度医療	患者負担
(薬局)	12,000円	10,800円	400円	800円	0円

< 病院のレセプト記載例 >

診療報酬明細書

(医科入院外)

都道府県番号 医療機関コード

令和 年 月 分

公費負担者番号①	2111	*****	公費負担医療の受給者番号①	*****
公費負担者番号②	8411	*****	公費負担医療の受給者番号②	*****

療機関コード		1 医科	1 社・国 2 公費	3 後期	1 単独 2 2 併 ③ 3 併	2 本外 4 六外 6 家外	8 高外一 0 高外7
保険者 番 号						給付割合	10 9 8 7 ()

被保険者資格に係る記号・番号

(枝番)

公費①を自立支援医療、公費②を重度医療とします。

療養の給付	請求点※	決定点	一部負担金額 円
保険	2,000		減額割(円)免除・支払猶予
公費①	点※	点	1,700 円
公費②	点※	点	円※高額療養費 円※公費負担点数 点※公費負担点数 点

レセプト請求事例 5

分点

上限額以下

自己負担割合 2～3割

※下記は3割の場合の例です。

【例】保険負担割合：7割、自立支援医療上限額：5,000円、月2回通院＋調剤、その他診療1回

	医療費総額	医療保険	自立支援医療 【21】	重度医療 【84】	患者負担
		7割 ↓	2割 ↓ (上限額超分)	1割(～上限) ↓	
1日目					
病院	15,000円	10,500円	3,000円	0円	1,500円
薬局	8,000円	5,600円	1,600円	0円	800円
2日目					
病院	5,000円	3,500円	1,000円	0円	500円
薬局	4,000円	2,800円	800円	0円	400円
その他					
病院	10,000円	7,000円	対象外		3,000円
薬局	8,000円	5,600円	対象外		2,400円

自立支援医療の対象となる医療費の点数は…

病院 2,000点
薬局 1,200点

レセプト請求額	医療費総額	医療保険	自立支援医療	重度医療	患者負担
(病院)	30,000円	21,000円	4,000円	2,000円	3,000円
レセプト請求額	医療費総額	医療保険	自立支援医療	重度医療	患者負担
(薬局)	20,000円	14,000円	2,400円	1,200円	2,400円

< 病院のレセプト記載例 >

診療報酬明細書 (医科入院外)

都道府県番号 医療機関コード

令和 年 月 分

1	1	社・国	3	後期	1	単独	2	本外	8	高外一
医	2	公費			2	2併	4	六外	0	高外七
科					3	3併	6	家外	0	高外七
保							給	10	9	8
険							付	7	()	
者							割			
番							合			
号										

被保険者資格に係る記号・番号 (枝番)

公費①を自立支援医療、
公費②を重度医療とします。

療	請	決	一部負担金額	円
保	3,000		減額割(円)免除・支払猶予	円
険			2,000	円
の	2,000			円
給				円
付				円
費				円
①				円
公				円
費				円
②				円

21公費の対象となる点数を記載してください。

レセプト請求事例 6

分点	上限額超	自己負担割合 2～3割
----	------	-------------

※下記は3割の場合の例です。

【例】保険負担割合：7割、自立支援医療上限額：2,500円、月2回通院＋調剤、その他診療1回

	医療費総額	医療保険	自立支援医療 【21】	重度医療 【84】	患者負担
		7割 ↓	2割 ↓ (上限額超分) ↓	1割(～上限) ↓	
1日目					
病院	15,000円	10,500円	3,000円	0円	1,500円
薬局	8,000円	5,600円	1,600円	0円	800円
2日目					
病院	5,000円	3,500円	1,000円	300円	200円
薬局	4,000円	2,800円	800円	400円	0円
その他					
病院	10,000円	7,000円	対象外		3,000円
薬局	8,000円	5,600円	対象外		2,400円

自立支援医療の対象となる医療費の点数は…
病院 2,000点
薬局 1,200点
重度医療は上限額の2,500円まで負担。
上限額を超えた分は自立支援医療の負担となります。

レセプト請求額	医療費総額	医療保険	自立支援医療	重度医療	患者負担
(病院)	30,000円	21,000円	4,300円	1,700円	3,000円
レセプト請求額	医療費総額	医療保険	自立支援医療	重度医療	患者負担
(薬局)	20,000円	14,000円	2,800円	800円	2,400円

＜ 病院のレセプト記載例 ＞

診療報酬明細書 (医科入院外)

都道府県番号 医療機関コード

令和 年 月 分

1	1	社・国	3	後期	1	単独	2	本外	8	高外一
医科	2	公費			2	2併	4	六外		
					3	3併	6	家外	0	高外7
保険者番号					給付割合				10	9
									7	()

公費負担者番号① 2111**** 公費負担医療の受給者番号① ****

公費負担者番号② 8411**** 公費負担医療の受給者番号② ****

被保険者資格に係る記号・番号 (枝番)

公費①を自立支援医療、公費②を重度医療とします。

療養の給付	請求点	※決定点	一部負担金額	円
保険	3,000		減額(円)免除・支払猶予	
公費①	2,000		1,700	円
公費②				円
			※高額療養費	円
			※公費負担点数	点
			※公費負担点数	点

21公費の対象となる点数を記載してください。

レセプト請求事例 7

分点

上限額以下

自己負担割合 1割

【例】保険負担割合：9割、自立支援医療上限額：5,000円、月2回通院+調剤、その他診療1回

	医療費総額	医療保険	自立支援医療 【21】	重度医療 【84】	患者負担
		9割	(定率分なし)	(上限額超分)	1割(～上限)
		↓	↓	↓	↓
1日目	病院 15,000 円	13,500 円	0 円	0 円	1,500 円
	薬局 8,000 円	7,200 円	0 円	0 円	800 円
2日目	病院 5,000 円	4,500 円	0 円	0 円	500 円
	薬局 4,000 円	3,600 円	0 円	0 円	400 円
その他	病院 10,000 円	9,000 円	対象外		1,000 円
	薬局 8,000 円	7,200 円	対象外		800 円

自立支援医療の対象となる医療費の点数は…

病院 2,000点
薬局 1,200点

レセプト請求額	医療費総額	医療保険	自立支援医療	重度医療	患者負担
(病院)	30,000 円	27,000 円	0 円	2,000 円	1,000 円
レセプト請求額	医療費総額	医療保険	自立支援医療	重度医療	患者負担
(薬局)	20,000 円	18,000 円	0 円	1,200 円	800 円

< 病院のレセプト記載例 >

診療報酬明細書 (医科入院外)

令和 年 月 分

都道府県番号

医療機関コード

1 1 社・国 3 後期	1 単独 2 2 併 3 3 併	2 本外 4 六外 6 家外	8 高外一 0 高外7
--------------	------------------	----------------	-------------

保険者番号

被保険者資格に係る記号・番号

(枝番)

公費①を自立支援医療、公費②を重度医療とします。

後期1割負担の受給者で上限額を超えない場合、21公費の負担は発生しませんが、84公費を請求する場合は必ず21公費も記載してください。

療養の給付	請求点	※決定点	一部負担金額	円
3,000				
公費①	点	※	減額(円)免除・支払猶予	円
2,000			2,000	
公費②	点	※	円	※高額療養費 円
				※公費負担点数 点

21公費の対象となる点数を記載してください。

レセプト請求事例 8

分点

上限額超

自己負担割合 1割

【例】保険負担割合：9割、自立支援医療上限額：2,500円、月2回通院+調剤、その他診療1回

	医療費総額	医療保険	自立支援医療 【21】	重度医療 【84】	患者負担
		9割	(定率分なし)	(上限額超分)	1割(～上限)
		↓	↓	↓	↓
1日目	病院 15,000 円	13,500 円	0 円	0 円	1,500 円
	薬局 8,000 円	7,200 円	0 円	0 円	800 円
2日目	病院 5,000 円	4,500 円	0 円	300 円	200 円
	薬局 4,000 円	3,600 円	0 円	400 円	0 円
その他	病院 10,000 円	9,000 円	対象外		1,000 円
	薬局 8,000 円	7,200 円	対象外		800 円

自立支援医療の対象となる医療費の点数は…

病院 2,000点
薬局 1,200点

重度医療は上限額の2,500円まで負担。

上限額を超えた分は自立支援医療の負担となります。

レセプト請求額	医療費総額	医療保険	自立支援医療	重度医療	患者負担
(病院)	30,000 円	27,000 円	300 円	1,700 円	1,000 円
レセプト請求額	医療費総額	医療保険	自立支援医療	重度医療	患者負担
(薬局)	20,000 円	18,000 円	400 円	800 円	800 円

< 病院のレセプト記載例 >

診療報酬明細書 (医科入院外)

都道府県番号 医療機関コード

令和 年 月 分

—						—																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									</
---	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----