

療育券									
公費負担者番号									交付年月日
公費負担医療の受給者番号									令和年月日
被保険者証の記号及び番号					保険者等の名称				
受療者	氏名								
	生年月日		平成 令和 年 月 日						男・女
申請者	氏名								
	生年月日		大正 昭和 平成 令和 年 月 日				受療者との続柄		
	住所						職業		
指定療育機関	名称								
	所在地								
診療予定期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで								
この券の有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで								
上記のとおり決定する。 令和 年 月 日 都道府県知事 (市長) 氏 名 印									
経由責任者	保健所長 氏 名 印								

(日本産業規格A列5番)