

第十一号様式(第十条関係)

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									
<p>上記のとおり決定する。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">都道府県知事 (市 長) 氏 名 印</p>										
経由責任者	保健所長 氏 名 印									

(日本産業規格A列5番)