

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)