

|                                                                                                                                       |                                                     |  |                                                                               |  |         |  |         |  |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------|--|---------|--|---------|--|-------|
| 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 |
| 医療保険各法による記号及び番号                                                                                                                       |                                                     |  |                                                                               |  | 保険者等の名称 |  |         |  |       |
| 受療者                                                                                                                                   | 氏名                                                  |  |                                                                               |  |         |  |         |  |       |
|                                                                                                                                       | 生年月日                                                |  | 平成<br>令和                  年                  月                  日             |  |         |  |         |  | 男・女   |
| 申請者                                                                                                                                   | 氏名                                                  |  |                                                                               |  |         |  |         |  |       |
|                                                                                                                                       | 生年月日                                                |  | 大正<br>昭和<br>平成<br>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          |  |                                                                               |  |         |  |         |  |       |
| <div>上記のとおり決定する。</div> <div>令和    年    月    日</div> <div>都道府県知事<br/>(市長)</div> <div>氏                                  名      印</div> |                                                     |  |                                                                               |  |         |  |         |  |       |
| 経由責任者                                                                                                                                 | 保健所長    氏                                  名      印 |  |                                                                               |  |         |  |         |  |       |

(日本産業規格A列5番)