

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 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)