

様式第一号(一)(第九条関係)

養育医療券(病院・診療所用)					
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
被保険者証等の 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
指定養育医療機関 (病院・診療所)	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 <div style="text-align: right;">                     市町村長                      氏 名印                 </div>					

(日本産業規格A列5番)