

様式第一号(二)(第九条関係)

養育医療券(薬局用)					
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	薬 局	名 称 所 在 地			
	病院・ 診療所	名 称 所 在 地			
調剤予定期間	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。 令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">市町村長 氏 名印</p>					

(日本産業規格A列5番)