

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		
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 市町村長 氏 名印									

(日本産業規格A列5番)