

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	
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 年 月 日 令和			男 ・ 女		
申 請 者		氏 名							
		生年月日		大正 昭和 平成 年 月 日 令和			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							
上記のとおり決定する。 令和 年 月 日 市町村長 氏 名印									