

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								
指定養育医療機 関 (病院・診療所)	名 称								
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)