

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 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	薬 局	名 称							
	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)