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 | |  |  |  |  | |  | |  |  | |  | 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 | | | |  | | 年月日 | | | | | | 男・女 | |
| 申請者 | | 氏名 | | | |  | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | |  | | 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。  年 月 日  市町村長  氏　　　　　　　　　　名　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | |

(日本産業規格A列5番)