様式第一号(二)(第九条関係)

<table>
<tr><td colspan="6">養育医療券(薬局用)</td></tr>
<tr><td colspan="2">公費負担者番号</td><td colspan="2"></td><td>交付年月日</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">公費負担医療の受給者番号</td><td colspan="2"></td><td>平成　年　月　日</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">被保険者証等の記号及び番号</td><td></td><td>保険者等の名称</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">受療者</td><td>氏名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>平成　年　月　日</td><td colspan="2">男・女</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">申請者</td><td>氏名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>明治
大正
昭和
平成　年　月　日</td><td>受療者との続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>住所</td><td></td><td>職業</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">指定養育医療機関</td><td>薬局</td><td>名称
所在地</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>病院・診療所</td><td>名称
所在地</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">調剤予定期間</td><td colspan="4">平成　年　月　日から　平成　年　月　日まで</td></tr>
<tr><td colspan="2">この券の有効期間</td><td colspan="4">平成　年　月　日から　平成　年　月　日まで</td></tr>
<tr><td colspan="6">上記のとおり決定する。
平成　年　月　日

市町村長
氏　　名印</td></tr>
</table>

(日本工業規格A列5番)