様式第一号(二)(第九条関係)

<table>
<tr><td colspan="8">養育医療券(薬局用)</td></tr>
<tr><td colspan="2">公費負担者番号</td><td colspan="4"></td><td colspan="2">交　付　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">公費負担医療の受給者番号</td><td colspan="4"></td><td colspan="2">令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">被保険者証等の記号及び番号</td><td colspan="2"></td><td>保険者等の名称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">受　療　者</td><td>氏　名</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2">平成
令和　　年　月　日</td><td colspan="3">男　・　女</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">申　請　者</td><td>氏　名</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2">大正
昭和
平成
令和　　年　月　日</td><td>受療者との続柄</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="2"></td><td>職　業</td><td colspan="2"></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="5"></td></tr>
<tr><td>病院・診療所</td><td>名　称
所在地</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">調剤予定期間</td><td colspan="6">令和　　年　　月　　日から　　令和　　年　　月　　日まで</td></tr>
<tr><td colspan="2">この券の有効期間</td><td colspan="6">令和　　年　　月　　日から　　令和　　年　　月　　日まで</td></tr>
<tr><td colspan="8">上記のとおり決定する。
令和　　年　　月　　日

市町村長
氏　　名印</td></tr>
</table>

(日本産業規格A列5番)