|  |
| --- |
| 養　育　医　療　券 |
| 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 |
| 世帯階層区分 |  | 自己負担決定額 | 月　　　　　　円 |
| 被険者証等の記号及び番号 |  | 保険者等の名称 |  |
| 本人（受　療　者） | 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　 年　　月　　日 |
| 申請者（保　護　者） | 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 | 受給者と　の続柄 |  |
| 住所 |  |
| 指定医療機関名（病院・診療所） | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 有効期間 | 　　　年　　月　　日　から　　　　　年　　月　　日　まで |
| 　　　上記のとおり決定する。　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　美幌町長 |

様式第４号（第４条関係）