|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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）