様式第3号（第4条関係）

|  |
| --- |
| 養育医療券（病院、診療所用） |
| 負担者　番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 交付年月日 |
| 受給者　番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　　　年　　月　　日 |
| 被保険者等記号・番号 |  | 保険者等の名称 |  |
| 受給者 | 氏名 | 出生体重ｇ |
| 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 | 男・女 |
| 申請者（世帯階層） | 氏名 |  |
| 生年月日 |  | 年　月　日 | 受給者との続柄 |  |
| 住所 |  |
| 指定養育医療機関（病院、診療所） | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 診療予定期間 | 　　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで |
| この券の有効期間 | 　　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで |
| 上記の通り決定する。　　　　　年　　　月　　　日丸亀市長　　　　　　　　 |