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 | | | | | | | | | | | | | |