様式第5号(第6条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 養育医療券 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 公費負担者番号 | **２** | **３** | **１** | **９** | **６** | | **０** | **４** | **１** | 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 | | | | |  | | | | | | 出生時  体　重 | | |  | |
| 生年月日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | 男・女 |
| 保　　護　　者  （ 申　請　者 ） | 氏名 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | |  | | | | | | | 受療者との続柄 | | |  |
| 住所 | | | | |  | | | | | | | 職業 |  | | |
| 指定養育医療機関 | 名称 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 診療予定期間 | 年　月　　日から　　年　月　　日まで | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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  　　　　　　　　　　　　　　　都留市長　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | |

連絡先：都留市役所　福祉保健部　健康子育て課

　子育て支援担当　電話0554－46－5111（101）