

第十一号様式(第十条関係)

療 育 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										平 成 年 月 日
被保険者証の記号及び番号				保 険 者 等 の 名 称						
受 療 者	氏 名									
	生 年 月 日	昭和 平成	年	月	日				男・女	
申 請 者	氏 名									
	生 年 月 日	明治 大正 昭和	年	月	日	受療者との続柄				
	住 所					職 業				
指 定 療 育 機 関	名 称									
	所 在 地									
診 療 予 定 期 間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで									
この券の有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで									
<p>上記のとおり決定する。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">都道府県知事 (市 長) 氏 名 印</p>										
経 由 責 任 者	保健所長 氏 名 印									

(日本標準規格A列5)