様式第4号(第2条関係)

|  |
| --- |
| 養育医療券 |
| 負担者番号 | 2 | 3 | 1 | 9 | 6 | 1 | 7 | 3 | 交付年月日 |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　年　　月　　日 |
| 医療保険各法の記号及び番号 |  | 保険者名 |  |
| 受　　　療　　　者 | 氏　名 |  | 出生時体　重 |  |
| 生年月日 | 　　年　　月　　日 | 男・女 |
| 保　　　護　　　者 | 氏　名 |  |
| 生年月日 |  | 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 |
| この券の有効期間 | 　年　月　　日から　　年　月　　日まで |
|  上記のとおり決定する。　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　身延町長　　　　　　　　印　　 |