様式第4号(第5条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **養　育　医　療　券　（病院･診療所用）** | | | | | | |
| 交付番号 | 号 | | 交付  年月日 | 年　　月　　日 | | |
| 医療保険各法の  記号及び番号 |  | | 保険者等  の名称 |  | | |
| 受療者 | 氏　名 |  | | | | |
| 生　年  月　日 | 年　　月　　日 | | | 性　別 |  |
| 申請者 | 氏　名 |  | | | | |
| 生年  月日 | 年　　月　　日 | | | 受療者  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 | | | | | |
| 上記のとおり決定する    　　年　　月　　日  **出雲市長　　　　　　　　　印** | | | | | | |