

<b>養育医療券</b> (病院・診療所用)			
公費負担者番号		受給者番号	
交付年月日	令和 年 月 日		
被保険者証等の 記号及び番号			
保険者等の名称			
受療者	名前		
	生年月日	令和 年 月 日	性別
申請者	名前		
	生年月日		
	続柄		職業
	住所		
指定養育 医療機関			
診療予定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		
この券の有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで ただし、期間満了前に退院した場合は、退院日をもって終了とする		
上記のとおり決定する。 令和 年 月 日  大 阪 市 長			
担当窓口			