

養育医療券				(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			
上記のとおり決定する。 令和 年 月 日 大 阪 市 長					
経 由 場 所					