様式第三号中「平成　年」を「令和　年」に改める。

様式第一号(二)(第九条関係)

養育医療券(薬局用)					
公費負担者番号				交付年月日	
公費負担医療の受給者番号				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	氏名				
	生年月日	平成 令和　年　月　日		男・女	
申請者	氏名				
	生年月日	大正 昭和 平成 令和　年　月　日	受療者との続柄		
	住所		職業		
指定養育医療機関	薬局	名称 所在地			
	病院・診療所	名称 所在地			
調剤予定期間	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

市町村長
氏　　名印

(日本工業規格A列5番)