様式第１４号（３）（第１３条関係）

更生医療券（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					平成　年　月　日
戦傷病者	氏名		生年月日	明治 大正 昭和	年　月　日
	現住所				
指定医療機関（薬局）名			指定医療機関（薬局）所在地		
指定医療機関（病院・診療所）名			有効期間	自　月　日 至　月　日	
上記のとおり決定する。 平成　年　月　日 都道府県知事　氏　名　印					

注意
１　この処分に不服があるときは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して３か月以内に、厚生労働大臣に対して審査請求をすることができます。
２　この処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、都道府県を被告として（訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事）提起することができます（なお、処分の通知を受けた日から６か月以内であっても、処分の日から１年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、処分の通知を受けた日の翌日から起算して３か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内に提起しなければならないこととされています。

備考　この用紙は、日本工業規格Ａ列４番とすること。

様式第十六号を次のように改める。

様式第１６号（第１５条関係）

補装具交付修理券						
戦傷病者手帳の番号	第　号		交付年月日	平成　年　月　日		
氏名			生年月日	明治 大正 昭和　年　月　日		
現住所						
補装具の名称			修理部位			
処方						
委託する業者名			委託する業者の住所			
委託報酬予定額						
上記のとおり決定する。 平成　年　月　日 都道府県知事　氏　名　印						
この券の有効期限	受給者が業者に提示する期限	平成　年　月　日				
	業者の支払請求期限	平成　年　月　日				
判定検査	判定年月日	平成　年　月　日	判定員職氏名	㊞		
受領	受領年月日	平成　年　月　日	受領者氏名	㊞	本人との関係	

注意
１　受領者の氏名を自署により記載する場合は、押印は必要ありません。
２　この処分に不服があるときは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して３か月以内に、厚生労働大臣に対して審査請求をすることができます。
３　この処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、都道府県を被告として（訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事）提起することができます（なお、処分の通知を受けた日から６か月以内であっても、処分の日から１年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、処分の通知を受けた日の翌日から起算して３か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内に提起しなければならないこととされています。

備考　この用紙は、日本工業規格Ａ列４番とすること。