第十一号様式を次のように改める。

第十一号様式(第十条関係)

療育券										
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	
指定療育機関	名称									
	所在地									
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

都道府県知事
(市　長)
氏　名　印

経由責任者	保健所長　氏　名　印

(日本標準規格A列5番)