

※郵便請求用

(あて先) 伊賀市社会福祉事務所長(生活支援課) 行

令和 年 月 日

生活保護医療券発行依頼書

医療機関(薬局)名
医療機関(薬局)コード
電話番号
FAX番号
担当者

	患者氏名	生年月日	依頼月	初診日 調剤日	医療機関名 医療機関コード	備考
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

記載例

伊賀 太郎	S50.1.1	6月	6月7日	〇〇医院 4009999	
-------	---------	----	------	-----------------	--

注意事項

- 1 所定項目はわかる範囲で全てご記載をしてください。円滑な発券につながります。
- 2 生活保護申請中の発券はできません。
- 3 医療券は、毎月20日前後に発送し、以後、随時発送します。
- 4 本様式を使った依頼は、郵送等でご依頼ください(ファックス不可)。
- 5 必要事項を記載した本書に準じた依頼書も受付します。
- 6 追加依頼する場合は、前回分を記載しないでください。
- 7 依頼書は、一名からでも受付します。