

受 診 券 (施設入所者等用)

公費負担者 (支弁義務者) 番号	5	3	3	6	6	0	1	9
受給者(児童(者)) 番号	施設等番号		児童(者)番号					
受 診 児 童 (者)	施設名							
	氏名	男・女						
	生年月日	年 月 日 (歳)						
	保険証の有無	有 (政・組・日・船・共・国) 無						
	保険者名							
	保険証の 記号番号							
発行機関名 及び印	徳島県障がい福祉課長							
交付年月日								
交付番号	第 号							