

生活保護法・中国残留邦人等支援法 調剤券 郵送請求用紙

(月分)

No.	受給者番号	氏 名	生年月日	処方医療機関名	備考
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

医療機関番号 _____

※中国残留邦人等支援を受けている方は福祉事務所ではなく、高齢福祉課にお送りください。

薬 局 名
担 当 者 名
電 話 番 号