

調剤券発行依頼書

加古川市役所 生活福祉課
加古川市福祉事務所長 宛

FAX: 079-421-2063

年 月 日

医療機関コード			
医療機関名称			
住所			
電話番号		担当者	

患者氏名	生年月日	依頼月の 最初の調剤日	処方元医療機関		継続発行	備考
			医療機関コード	医療機関名		
(例)加古 太郎	S25.1.1	R8.1.10	1234567	〇〇医院	○	介護券も必要

注意事項

- 1 生活保護申請中に医療券等の発券はできません。
- 2 介護券(居宅療養管理指導)が必要な場合は備考欄に『介護券も必要』と記入してください。
(備考欄に記入がない場合は不要とみなします)
- 3 定期的に処方がある場合等で、以降継続して医療券が必要な場合、処方元医療機関の医療券発行に合わせて自動で発行させていただきますので、必要な場合は「継続発行」欄に○を記入してください。