

医療券発行依頼書

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 最初の受診日	併設の場合 医科／歯科	外来／入院	備考
(例)加古 太郎	S25.1.1	R8.1.10	歯科	外来	

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 入院の場合は医療要否意見書審査承認後に発券します。
- 3 医科・歯科併設の機関でどちらも請求がある場合、右上の「医療機関コード」欄はどちらも記入してください。
- 4 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）