ふじみ野生活保護　医療券依頼書（外来のみ）

指定医療機関コード		所在地	
医療機関名		電話番号	

※提出する際の注意点

・入院、介護券、訪問看護、治療材料、施術券等のご請求には、本様式は対応しておりません。

・入退院は、被保護者の生活費に影響することがありますので、必ずお電話にてご一報ください。

氏名	生年月日	いずれか〇	診療月	備考
		医科・歯科		
		医科・歯科		
		医科・歯科		
		医科・歯科		
		医科・歯科		
		医科・歯科		
		医科・歯科		
		医科・歯科		
		医科・歯科		
		医科・歯科		
		医科・歯科		
		医科・歯科		
		医科・歯科		
		医科・歯科		
		医科・歯科		
		医科・歯科		

送付先　　ふじみ野市生活福祉課

WEBフォーム：https://logoform.jp/f/6NeHp

FAX：049-261-3840