

ふじみ野生活保護 調剤券依頼書

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

- ・医療券、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。

氏名	生年月日	処方元 医療機関名	調剤月	備考

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

