NO.

生活保護法医療券・調剤券（　　年　月分）

埼玉県川越市社会福祉事務所長　印

指定医療機関

（公費負担者番号

受給者番号	氏名（性別） 生年月日	居住地	有効期間	単独・併用別	傷病名	診療別	本人支払額	地区担当員名	取扱担当者名	備考（他法・その他）