

調剤の決定 並びに 調剤券(薬局) 交付伺	所 長	課 長	課長補佐	係 長	担当者

生活保護法による医療扶助の調剤給付連絡票

次のとおり処方せん等にて調剤を行いましたので、「生活保護法調剤券」を請求します。

調剤年月日	患 者 住 所	氏 名	処方箋の発行医療機関名
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			

年 月 日

壱岐市福祉事務所長 様

薬局所在地

名 称

印

- (注) 1. この連絡票によって調剤券(薬局)が発行されますので、患者住所地を
管轄する福祉事務所へご送付下さい。
2. 調剤券は暦月を単位として発行されます。

見本

調剤の決定 並びに 調剤券(薬局) 交付伺	所長	課長	課長補佐	係長	担当者
	決裁欄の変更をお願いいたします。				

生活保護法による医療扶助の調剤給付連絡票

次のとおり処方せん等にて調剤を行いましたので、「生活保護法調剤券」を請求します。

調剤年月日	患者住所	氏名	処方箋の発行医療機関名
○. ○. ○	郷ノ浦町郷ノ浦○○番地	壱岐 春一	○○病院
○. ○. ○	勝本町仲触○○番地	猿岩 望	○○クリニック
・ ・	できれば、 10件単位でお願いします。 住所は、「触・浦○○番地」		
・ ・			
・ ・			
・ ・			
・			
・			
・			
・			

年 月 日

壱岐市福祉事務所長 様

薬局所在地

壱岐市郷ノ浦町本村触○○番地

名 称

○○薬局



- (注) 1. この連絡票によって調剤券(薬局)が発行されますので、患者住所地进行
管轄する福祉事務所へご送付下さい。
2. 調剤券は暦月を単位として発行されます。

