＜書き方見本＞

生活保護法調剤券発行依頼書

藤沢市　生活援護課　行

年　　月　　日

調剤券請求番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

調剤機関名　〇〇〇〇〇〇薬局

連絡先　0466－00－0000

担当者　〇〇　〇〇

下記の者に対して調剤を行いましたので、調剤券の発行をお願いします。

受給者番号（7桁）							患者氏名(フリガナ)	生年月日	医療機関	調剤日	備考
0	0	0	0	0	0	0	〇〇　〇〇　（アア　アア）	昭和00年00月00日	〇〇〇〇病院	〇月〇日	単独/自立支援併用/社保併用
1	1	1	1	1	1	1	△△　△△　（イイ　イイ）	平成00年00月00日	〇〇〇〇クリニック	〇月〇日	単独/自立支援併用/社保併用
2	2	2	2	2	2	2	◎◎　◎◎　（ウウ　ウウ）	令和00年00月00日	〇〇〇〇整形外科	〇月〇日	単独/自立支援併用/社保併用
											単独/自立支援併用/社保併用
											単独/自立支援併用/社保併用
											単独/自立支援併用/社保併用
											単独/自立支援併用/社保併用
											単独/自立支援併用/社保併用
											単独/自立支援併用/社保併用
											単独/自立支援併用/社保併用
											単独/自立支援併用/社保併用
											単独/自立支援併用/社保併用
											単独/自立支援併用/社保併用
											単独/自立支援併用/社保併用
											単独/自立支援併用/社保併用
											単独/自立支援併用/社保併用