

(表)

野田市ひとり親家庭等医療費助成受給券

公費負担者番号									
受給者番号									
対象者	住所								
	氏名								
	生年月日					年	月	日	
有効期間						年	月	日	から
						年	月	日	まで
自己負担金	通院								
	入院								
	保険調剤								
野田市長 印									

(裏)

注 意 事 項