年　　月　　日

佐賀市福祉事務所長　　様

（指定薬局）　　所在地

電話番号

名　称

# 生活保護法調剤券（新規分）申請書

下記の患者について、生活保護法調剤券を請求します。

| ケース番号 | 氏　　名 | 生年月日<br>（例　S10．1．1） | 医療機関 | その月の初回<br>調剤年月日 | 処方箋受付<br>回数（他法） |
|---|---|---|---|---|---|
| | | ．　． | | ．　． | |
| | | ．　． | | ．　． | |
| | | ．　． | | ．　． | |
| | | ．　． | | ．　． | |
| | | ．　． | | ．　． | |
| | | ．　． | | ．　． | |
| | | ．　． | | ．　． | |
| | | ．　． | | ．　． | |
| | | ．　． | | ．　． | |

・生年月日は必ずご記入ください。ケース番号は過去に送付した調剤券等で分かる場合のみ記入ください。

・調剤券は、毎月月末に当月分を一括で発行し、お送りします。

・申請月以降の調剤券につきましては、処方箋発行医療機関の治療見込み期間に応じて発行します。見込み期間経過後、処方箋発行医療機関へ治療継続の確認を行います。確認中は調剤券が発行されず、確認に数か月かかることもありますので、お待ちいただくか、お手数おかけしますが調剤券申請書の提出をお願いいたします。

※FAX等による送付先誤りを防ぐため、調剤券申請書は郵送で提出をお願いいたします。

〒840-8501　佐賀市栄町1番1号

佐賀市役所生活福祉課庶務医療係

TEL0952（40）7260