

《調剤給付連絡票》

- 生活保護法による医療扶助調剤給付連絡票
- 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による調剤給付連絡票

佐世保市福祉事務所長 様

年 月 日

下記の者について調剤を行ったので連絡します。

| 氏名 | 性別 | 生年月日 | 公費負担 医療受給 の有無 | 住所 | 調剤 年月日 | 処方箋の発行 医療機関名 |
|--|----|------|---------------------|----|-----------|-----------------|
| <p>★調剤券の依頼は、調剤給付連絡票を活用してください★</p> <p>【記載についてお願い】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●できる限りパソコン入力による書類の提出をお願いします。 ●継続の対象者は調剤券連名簿の順番通りに記載（入力）してください。 ●新規の対象者は五十音順に記載（入力）していただけるようお願いいたします。 ●調剤券年月日の欄には、その月の最初に調剤した月日を記載（入力）してください。 <p>【令和8年度からの変更点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●「予定調剤」につきましては令和8年3月19日〆切分の書類まで受付ますが、それ以降は誠に恐れ入りますが、新様式の変更に伴い対応いたしかねます。何卒ご了承ください。 <p>※この様式は佐世保市HPに掲載しておりますのでダウンロードのうえご利用ください。</p> | | | | | | |
| | | . . | 有・無 | | . . | |

薬局住所

薬局名称

代表者名

(連絡先電話番号)

- ※ 1 この連絡票によって調剤券(薬局)が発行されますので福祉事務所へご返送ください。
- 2 調剤券は暦月を単位として発行されます。
- 3 生活保護法による調剤券と中国残留邦人等による調剤券はのうえ別々にご提出ください。