

≪③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	処方箋機関	発行名
----	----	------	---------------------	----	-------	-------	-----

★調剤券の依頼は、調剤給付連絡票を活用してください★

【記載についてのお願い】

- 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。

【令和8年度からの変更点】

- 「**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。

※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活用ください。

		..	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。