

《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 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。 <p>何卒ご了承ください。</p> <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。