|  |
| --- |
| 別記第5号様式（第5条関係） |
| 移　送　承　認　申　請　書 |
| 受療者氏名 | 　 | 受給者番号 | 　 |
|
| 担当医師の意見 | 移　　送 | 移送区間 |  |
| 移送方法 |  |
| 移送年月日 |  |
| 移送を必要と認める事由 |  |
| 費　用　見　積　額 |  |
| 　　 |
| 　 |  | 　　　　年　　　　月　　　　日 | 　 |
| 　 |  | 指　定　養　育医　療　機　関 | 名　称 |  |
| 　 |  | 所在地 | 郵便番号 | 　 |
| 　 |  |  |
| 　 |  | 電話番号 |  |
| 　 |  | 担 当 医 師 名 | ㊞ | 　 |
|  |
| やむを得ない理由で事後において申請するときはその理由 |  |
|  |
| 　 |  | 上記のとおり申請します。 | 　 |
|  |
| 　 |  | 　　　　年　　　　月　　　　日 | 　 |
|  |
| 　 | 申請者住所 | 郵便番号 | 　 |
| 　 |  |
|  |
| 　 | 申請者氏名 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | ㊞ | 　 |
| 　 | 本人との続柄 |  |  |
| 　 | 電話番号 |  |  |
| 　 |  |  | 長　洲　町　長 | 様 |  |
|  |
| 受付年月日 | 決定年月日 | 決定内容 |  |
| 　 | 　 | 承認　・　不承認 |  |