様式第34号（第30条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 更生医療（1　治療材料、2　施術、3　看護、4移送）承認申請書 | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日  椎葉村長　　　　　様  （更生医療受療者）  氏名　　　　　　　　㊞  下記のとおり必要であるので申請します。  記 | | | | | | | | | |
| 指定医療機関名 | |  | | | 主たる医師名及び㊞ | | | ㊞ | |
| 1　治療材料 | 物品名 | | 単価 | | | 数量 | 金額 | | 備考 |
|  | |  | | |  |  | |  |
|  | |  | | |  |  | |  |
| 2　施術 | 施術者の氏名及び住所 | | |  | | | | | |
| 期間 | | 年 　月 　日から 　年 　月 　日まで（　回） | | | | | | |
| 料金 | | 1日料金 | | | 日数 | 金額 | | 備考 |
| 円 | | |  | 円 | |  |
| 処方 | |  | | |  |  | |  |
| 3　看護 | 看護人氏名及び住所 | |  | | | | | | |
| 期間 | | 年 　月 　日から 　年 　月 　日まで（　回） | | | | | | |
| 料金 | | 1日料金 | | | 日数 | 金額 | | 備考 |
| 円 | | |  | 円 | |  |
| 処方 | |  | | |  |  | |  |
| 4　移送 | 自宅より病院まで（　　　　　㎞　　片道、往復）  見積金額　　　　　　　　　　円 | | | | | | | | |

1　不要の文字は抹消してください。