様式第２０号（第12条関係）

更生医療移送等承認書

番　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　　様

八頭町長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年　　月　　日付で申請のあった | 治療材料施術移送 | については、下記のとおり承認し |

ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 承認期間及び回数又は名称及び数量 |  |
| 概算額 |  |
| その他 |  |

（備考）１　当該指定医療機関に対し写しを送付すること。

２　不要の文字は、抹消すること。