様式第２１号（第12条関係）

更生医療移送費等請求書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 下記のとおり | 治療材料施術移送 | に要した費用を請求します。 |

　　　　　　年　　月　　日

居住地

氏名（本人）　　　　　　　　　　㊞

八頭町長　　　　様

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 承認番号 |  | 承認年月日 |  |
| 請求額 |  |
| 年月日 | 金額 | 年月日 | 金額 | 年月日 | 金額 |
|  | 円 |  | 円 |  | 円 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 指定医療機関担当医氏名 | ㊞ |
| 施術業者氏名 | ㊞ |

（備考）１　治療材料費を請求するときは、業者の請求書を添付すること。

２　不要の文字は、抹消すること。