様式第５号

自立支援医療（育成医療）移転費支給承認申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公費負担番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 自立支援医療受給者証 | 交付年月日 | 年　　月　　日 |  |
| 本人氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 申請者住所 |  |
| 病名 |  |
| 被保険者証の記号及び番号 |  | 保険者名 |  |
| 担当医師の意見 | 看護を必要とする期間 | 年　　　　　　　　月　　　　　　　　日から年　　　　　　　　月　　　　　　　　日から　　　　　　　日間 |
| 入院・通院 | 移送区間 | から　　　　　　　　　　　　　　　　　まで |
| 移送年月日 | 入院　　　　　　　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日通院　　　　　　　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日 |
| 交通費 | 汽車　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円バス　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 通院 | 通院期間・回数 | 年　　　　　　　　月　　　　　　　　日から年　　　　　　　　月　　　　　　　　日から　　　　　　　　回 |
| 通院区間 | から | まで |
| 　　　区分月別 | 片道 | 往復 | 通院日数 | 費用の合計 | 備考 |
| 月分 |  |  |  |  |  |
| 月分 |  |  |  |  |  |
| 月分 |  |  |  |  |  |
| 　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　指定自立支援医療機関　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医師氏名　　　　　　　　　　　　印 |
| 移送費支給申請（請求）額 | 　　　　　　金　　　　　　　　　　　　円 |
| 　　上記のとおり申請（請求）します。　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者住所フリガナ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　 印　　八頭町長　　　　様 |
| 申請書受付年月日 |  | 進　達年月日 |  | 決　定年月日 |  |
| 備考 |  |