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 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |