様式第６号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **移　 送 　承 認 申 請 書** | | | | | | | | | | |
| 受療者氏名 | | |  | | | | | 受給者番号 | |  |
| 担  当  医  師  の  意  見 | 移  送 | 移　送　区　間 | | | |  | | | | |
| 移　送　方　法 | | | |  | | | | |
| 移　送　年　月　日 | | | |  | | | | |
| 移送を必要と認める事由 | | | | |  | | | | |
| 費　用　見　積　額 | | | | |  | | | | |
| 年 月 日  指定養育医療機関の所在地  郵便番号  名称  電話番号  担当医師名 | | | | | | | | | | |
| やむを得ない理由で  事後において申請す  るときはその理由 | | | | |  | | | | | |
| 移送費支給申請  （請求）額 | | | | | 金 | | | | | |
| 上記のとおり申請（請求）します。  　　 年 月 日  申請者居住地  　　　　　　　　　　　　郵便番号  氏 名  　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　　　　　　　　八頭町長 　　　　　　　 様 | | | | | | | | | | |
| 申請受付年月日 | | | |  | | | 交付決定年月日 | |  | |