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 |  |