

移 送 費 支 給 認 定 申 請 書

年 月 日

宇 部 市 長 様

郵便番号
申 請 者 住 所
氏 名 印

下記のとおり移送費の給付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

受診者		自立支援医療 受給者証番号		自立支援医療受給 者証交付年月日	
病 名			見 込 額	円	
医 師 の 意 見	移送を必要とする 期間及びその理由				
	現に入院中の場合は 医療機関の名称		医師氏名	印	
			年 月 日	年 月 日	
やむを得ない理由で 事後に申請する場合 はその理由	理 由				
年 月 日 〒 指定自立支援医療機関 所 在 地 名 称 担当医師名 印					
※受付年月日	年 月 日	※決定年月日	年 月 日		

注 ※印欄は、記入しないこと