

移送承認申請書

年 月 日

（宛先）愛西市長

申請者 干
住 所
電話番号
ふりがな
氏 名
（受療者との続柄 ）

次のとおり、移送の給付を申請します。

ふりがな 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 干 名称 電話番号 担当医師名 印			
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			