様式第９号（第１０条関係）

移送等費用請求書（育成医療）

年　　月　　日

　（宛先）五島市長

申請者（保護者）　住　所

氏　名

　次のとおり（移送・治療材料の支給・施術・補装具）に要した費用を請求します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 決定番号 |  | 決定年月日 | 年　　月　　日 |
| 請求額 | 円 |
| 年　月　日 | 金　　　額 | 年　月　日 | 金　　　額 |
|  | 円 |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 |
| 指定自立支援医療機関担当医師名 |  |
| 施術業者氏名 |  |

備考

１　請求するときは、移送等の費用又は補装具費の額を証する書類を添付してください。

２　業者が委任を受けて請求する場合は、委任状を添付してください。

　３　不要な文字は、抹消してください。

《振込先》

|  |  |
| --- | --- |
| 銀行金庫・組合 | 店 |
| 預金種目 | 普　通　・　当　座 |
| 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |