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	