移送等費用給付申請書（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）の費用の給付を申請します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者証番号 | |  | フリガナ |  |
| 受診者氏名 |  |
| 障　害　名 | |  | | | |
| 被保険者証の  記号・番号 | |  | 保険者名 |  | |
| 担当医師の証明 | 必要とする  期間 | 年　　月　　日から　　年　　月　　日まで | | | |
| 移送等に要する  費用の概算額 |  | | | |
| 必要とする理由  及び内容 | 円 | | | |
| 指定自立支援  医療機関名及び  担当医師名 |  | | | |

※不要な文字は、抹消してください。