

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。