移送費等請求書

年　　月　　日

　　五島市長　様

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　印

　　次のとおり移送（治療材料の支給・施術）に要した費用を請求します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決定番号 |  | | | 決定年月日 |  | | |
| 請求額 | 円 | | | | | | |
| 年月日 | 金額 | 年月日 | 金額 | | | 年月日 | 金額 |
|  | 円 |  | 円 | | |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 | | |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 | | |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 | | |  | 円 |
| 指定自立支援医療機関担当医師名 | 印 | | | | | | |
| 施術業者  氏名 | 印 | | | | | | |

　備考

　　１　請求するときは、移送等の費用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。