移　送　費　等　請　求　書

年　　月　　日

五島市長　様

住　所

氏　名　　㊞

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					
施術業者氏名					

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。