移送等費用給付申請書（更生医療）

年　　月　　日

（宛先）五島市長

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 |  | 受給者証の  交付年月日 |  |
| 障　害　名 |  | | | |
| 必要とする期間 | 年　　月　　日から　　年　　月　　日まで | | | |
| 必要とする理由  及　び　内　容 |  | | | |
| 移送等に要する  費用の概算額 | 円 | | | |
| 指定自立支援  医療機関名及  び担当医師名 |  | | | |

備考　　不要な文字は、抹消してください。