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。