第　　　　　号

年　　月　　日

様

土佐清水市福祉事務所長　　㊞

月　　日申請のあった　　については，下記のとおり承認します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 承認期間及び回数又は名称及び数量 |  |
| 概算額 |  |
| その他 |  |

（備考）１　当該指定医療機関に対し写を送付すること。

２　不要の文字は，抹消すること。