第9号様式(第8条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 養育医療移送承認申請書 | | | | | | | | | |
| 受給者氏名 | | |  | | | 受給者番号 | |  | |
| 担当医師の意見 | 移送 | 移送区間 | | |  | | | | |
| 移送方法 | | |  | | | | |
| 移送年月日 | | |  | | | | |
| 移送を必要と認める事由 | | | |  | | | | |
| 費用見積額 | | | |  | | | | |
| 年　　　　月　　　　日  　　　　　　　指定養育医療機関の所在地  　　　　　　　郵便番号  　　　　　　　名称  　　　　　　　電話番号  　　　　　　　担当医師名 | | | | | | | | | |
| やむを得ない理由で事後において申請するときはその理由 | | | |  | | | | | |
| 上記のとおり申請します。  　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日  　　　　　　　　申請者　住　　所  　　　　　　　　　　　　氏　　名  　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　　　　　　　　　　土佐清水市長　　様 | | | | | | | | | |
| 申請受付年月日 | | | |  | | | 決定年月日 | |  |