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 | 　 |