

様式第6号(第4条関係)

移 送 承 認 申 請 書				
受療者氏名		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	年            月            日	
	移送を必要と認める事由			
	費 用 見 積 額			
<div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">           年            月            日            〒         </div> <div style="margin-bottom: 5px;">指定養育医療機関の所在地</div> <hr style="border: 0.5px solid black;"/> <div style="margin-bottom: 5px;">名            称</div> <hr style="border: 0.5px solid black;"/> <div style="margin-bottom: 5px;">電 話 番 号</div> <hr style="border: 0.5px solid black;"/> <div style="margin-bottom: 5px;">担 当 医 師 名</div> <hr style="border: 0.5px solid black;"/>				
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				
<div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">           上記のとおり申請します。            年            月            日            〒         </div> <div style="margin-bottom: 5px;">申請者居住地</div> <hr style="border: 0.5px solid black;"/> <div style="margin-bottom: 5px;">氏            名</div> <hr style="border: 0.5px solid black;"/> <div style="margin-bottom: 5px;">電 話 番 号</div> <hr style="border: 0.5px solid black;"/> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">美浜町長 様</div>				
申請受付年月日		決定年月日		