

移送承認申請書

受療者氏名			医療券 交付番号		
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				
<p>令和 年 月 日</p> <p style="margin-left: 200px;">指定養育医療機関 の名称及び所在地 (郵便番号： —)</p> <p style="margin-left: 200px;">電話番号 (— —)</p> <p style="margin-left: 150px;">担当医師氏名</p>					
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					
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="margin-left: 200px;">申請者居住地 (郵便番号： —)</p> <p style="margin-left: 200px;">申請者氏名</p> <p style="margin-left: 200px;">電話番号 (— —)</p> <p style="margin-left: 150px;">浜 田 市 長 様</p>					
申請受付年月日		決定年月日			