様式第７号

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		

令和　　年　　月　　日

指定養育医療機関
の名称及び所在地
(郵便番号：　　－　　)

電話番号（　　－　　－　　）

担当医師氏名　　印

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。

令和　　年　　月　　日

申請者居住地
(郵便番号：　　－　　)

申請者氏名　　印

電話番号（　　－　　－　　）

浜田市長　　様

申請受付年月日		決定年月日	