様式第8号（第6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及び名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医師氏名　　　　　　　　　　　　　　 |
| 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　　日申請者居住地氏　　　　名　　　　　　　　　　　　　　　丸　亀　市　長　宛　　　　　 |
| 申請年月日 |  | 決定年月日 |  |