様式第9号（第6条関係）

|  |
| --- |
| 養 育 医 療 移 送 承 認(不承認) 書 |
| 医療券番号 |  |  |
| 受給者氏名 |  | 申請者氏名 |  |
| 住所 |  |
| 被保険者等記号・番号 |  | 保険者名 |  |
| 指定養育医療機関 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 移送 | 区　間 |  | 方法 |  |
| 年月日 |  | 費用 |  |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　上記のとおり養育医療の移送を承認(不承認と)する。（不承認の場合の理由）　　　　　　年　　月　　日　　申請者　　　　　　　　　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　丸　亀　市　長　　　　　㊞ |

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に、丸亀市長に対して審査請求をすることができます。また、この処分があったことを知った日（丸亀市長に対して審査請求をした場合は、当該審査請求に対する丸亀市長の裁決があったことを知った日）の翌日から起算して６か月以内に丸亀市を被告として処分の取消しの訴えを提起することもできます。（訴訟において丸亀市を代表する者は、丸亀市長となります。）