様式第19号（第12条関係）

治療材料

施術

移送

更生医療移送等承認申請書

下記のとおり　　　　が必要であるから申請します。

日南町長　　　　殿

居住地

氏名　　　　　　　　　　㊞

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 更生医療券番号 |  | 更生医療券交付年月日 |  |
| 障害名 |  | 指定医療機関名 |  |
| 必要とする期間 |  |  |  |
| 必要とする理由及び内容 |  |  |  |
| 概算額 |  |
| 指定医療機関 | ㊞ |

(備考)　不要の文字は、抹消すること。