様式第20号（第12条関係）

治療材料

施術

移送

更生医療移送等承認書

第　　　　　号

　　年　　月　　日

　　　　　　　　殿

日南町長

　　月　　日申請のあった　　　　については、下記のとおり承認します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 承認期間及び回数又は名称及び数量 |  |
| 概算額 |  |
| その他 |  |

(備考) 1　当該指定医療機関に対し写を送付すること。

2　不要の文字は、抹消すること。