様式第21号（第12条関係）

治療材料

施術

移送

更生医療移送費等請求書

下記のとおり　　　　に要した費用を請求します。

　　年　　月　　日

居住地

氏名（本人）　　　　　　　　　　㊞

日南町長　　　　殿

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 承認番号 |  | | 承認月日 | |  | | |
| 請求額 |  | | | | | | |
| 年月日 | 金額 | 年月日 | | 金額 | | 年月日 | 金額 |
|  | 円 |  | | 円 | |  | 円 |
|  |  |  | |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |
| 指定医療機関  担当医氏名  施術業者氏名 | ㊞  ㊞ | | | | | | |

(備考) 1　治療材料費を請求するときは、業者の請求書を添付すること。

2　不要の文字は、抹消すること。