

様式第5号(第5条関係)

移 送 承 認 申 請 書							
受療者氏名				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理由						
	費 用 見 積 額						
<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定医療機関の所在地</p> <p style="text-align: center;">郵便番号</p> <p style="text-align: center;">名称</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">医師氏名 ⑩</p>							
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							
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者住所</p> <p style="text-align: center;">郵便番号</p> <p style="text-align: center;">氏 名 ⑩</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">あま市長 様</p>							
申請受付年月日				決定年月日			