

自立支援医療費(育成医療)移送費等支給申請書

年 月 日

遠軽町長 様

申請者 住所
(保護者) 氏名
個人番号
続柄
電話番号

下記のとおり移送費の支給を申請します。

記

申請額 円 (領収書の額)

支給額 円 ※遠軽町記入

フリガナ		性別	生年月日
受診者氏名		男・女	年 月 日生
	個人番号		
医療受診者番号		自己負担上限額	
移送費用計	金 円		
指定自立支援医療期間の証明(注2)	移送方法別内訳	方法	年 月 日から
		上記に要した費用	年 月 日まで
	方法	年 月 日から	
	上記に要した費用	年 月 日まで	
移送区間			
付添人氏名		続柄	
移送が必要な理由			
証明	上記のとおり、育成医療による患者の移送が必要であることを証明します。 年 月 日 指定自立支援医療機関名 担当医師名		
振込先(注3)	金融機関名		預金種別
	銀行・金庫 信組 農協	本店 支店 出張所	普通 当座
		口座番号	
		口座名義人(カナ)	

(注1) 医療保険による移送費を受けることができない者が対象となります。家族が行った移送は対象外

(注2) 移送内容については、医療機関において記載し、担当医師が証明をしてください。

(注3) 申請者(保護者)と同一名義の口座を記載してください。