

自立支援医療費（育成医療）移送費等支給申請書

申請年月日 年 月 日

遠軽町長 様

住所  
 申請者 氏名 ⑩  
 (保護者) 個人番号  
 続柄  
 電話番号

次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								生	年	月	日	
受診者氏名								年	月	日		
	個人番号											
自立支援医療費 受給者番号								自己負担 上限額				
移送費用計	金							円				
指定自立支援医療機関の証明(※1)	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					
	移送区間	方法					年 月 日から					
		上記に要した費用					年 月 日まで					
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 _____ ⑩											
振 込 先 (※2)	銀行		本店		種 目	口 座 番 号						
	信用金庫		支店			1 普通	2 当座	3 その他				
	信用組合		支所		金融機関コード							
	農 協		出張所									
	フリガナ											
	口座名義人											

※1 移送内容については、指定自立支援医療機関において記載し、担当医師が証明すること。

※2 申請者（保護者）と同一名義の口座を記載すること。