

様式第34号（第29条関係）

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(自署)  
(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 _____ (印)							
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 其 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。