

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 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							性別	生年月日		
受診者氏名							男・女	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				
	信用組合		支所		2 当座					
	農 協		出張所		3 その他					
金融機関コード		店舗コード								
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。