

移送承認申請書

年 月 日

袋井市長

申請者 住所
氏名
乳児との続柄
電話

袋井市母子保健法施行細則第13条の規定により、次のとおり申請します。

ふりがな 乳児氏名				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				
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					
年 月 日					
指定養育医療機関 所在地 名称 医師氏名					

(注)

- 1 理由記載欄に、転院を必要とする理由を記載してください。
- 2 費用見積額に関する見積書等の証拠書類を添付してください。