

移送承認申請書

年 月 日

袋井市長

申請者 住所

氏名

⑩

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		受給者番号	
乳児氏名			
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			
⑩			

(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。