

養育【看護（移送）】医療費受給承認申請書

年 月 日

高 取 町 長 様

保護者住所：

保護者氏名：

※下記の申請者が保護者の場合は、記載していただくなくても結構です。

申請者住所：

申請者氏名：

保護者との続柄：

このことについて、下記により申請します。

受給者氏名												
養育医療券の 受給者番号	2	3	2	9	6	2	3	9	養育医療券の 交付年月日	年	月	日
	2	3										
相当医師の 意見	移送	看護を必要とする期間		年 月 日 から 年 月 日 まで ( 日間)								
		移送期間		から まで								
		移送方法及び 利用交通機関										
		移送年月日		年 月 日								
	看護又は移送を 必要と認める理由											
	費用額		看護料		円							
			移送費		円							
		年 月 日		指定養育医療機関 所在地及び名称								
				担当医師名								

注) 次の書類を添付してください。

- 1 保険者が発行した看護又は移送に必要とした費用についての療養費支給決定証明書又は療養費支給決定通知書の写し
- 2 看護又は移送に必要とした費用についての領収書の写し
- 3 その他町長が必要と認める書類

振込先 ※ 保護者等	銀行等名	銀行 ・ 農協 ・ 信用金庫
	支店名等	本店 ・ 支店
	種別	普通 ・ 当座 ・ (その他 )
	口座番号	
	フリガナ	
	口座名義人	

※ これより記入しないでください。

区分	内容		支出額	社会保険等負担額	差引請求額
看護費用	看護期間	日間	円	円	円
移送費用	移送期間	から	円	円	円

移込頁用	移込枠間	まで	円	円	円
合 計			円	円	円