

## 自立支援医療(育成)移送費請求書

平成 年 月 日

甲斐市長様

住 所

フリガナ

請求者 氏 名

㊤

続 柄

自立支援医療(育成医療)に要する移送費について、次のとおり請求します。  
 なお、支払いの振込については、次の口座へお願いします。

請求額

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

公費負担番号		本人氏名	
受給者番号		病 名	
無保険理由	生活保護受給世帯 ・ 支援給付受給世帯 ・ 不法滞在		
移送の方法			
移送の区間 及び経路			
移送の日時 及び回数			
振込口座	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	本店 支店(所)
	口座番号	普通・当座	口座No. (左詰め)
	名義人 (左詰め)	※カタカナで記載してください	

上記移送費について、平成 年 月 日に上記患者が移送を必要としたことを証明します。

平成 年 月 日

指定自立支援

医療機関名

担当医師名

㊤

**【添付書類】**

- ① 受給者証及び負担上限管理額票(補装具作成月分)
- ② 移送費の明細が明記された領収書

