

移送承認申請書

受療者氏名

※医療券交付番号

担当医師の意見

移送 移送区間

移送方法

移送年月日

令和 年 月 日

移送を必要と認める理由

費用見積額

令和 年 月 日

指定養育医療機関
の所在地及び名称

担当医師 氏名

印

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

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

申請者居住地

氏 名

浦添市長 殿

- 注:
- ※印欄は、申請者は記入しないで下さい。
 - 申請者氏名については、自署もしくは記名押印のいずれかとする。