

治療材料 育成医療 看 護 承認申請書 移 送			
受診者氏名	長岡太郎	10歳	育成医療 受給者番号 9999999
担当医師の意見	治療材料名(補装具名)	短下肢装具	
	看護を必要とする期間	年 月 日から 年 月 日まで (日間)	
	移 区 間	方 法	
		送 年月日・期間	
	送 年月日・期間	年 月 日から 年 月 日まで (日間)	
治療材料・看護又は移送を必要と認める理由	○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○		
費用見積	治療材料	80,000 円 (見積書添付)	
	看護	1日 円	日間分 合計 円
	移送	1日片道 円	往復 円 合計 円
○年 ○月 ○日 指定医療機関所在地 長岡市幸町9-9-99 名 称 長岡病院 (電話番号 0258-00-0000) 担当医師氏名 ○○○○ 科 □□ □□			
上記のとおり申請します。 ○年 ○月 ○日 〒 940-9999 申請者住所 長岡市大手通1-4-10 申請者氏名 長岡 一郎 (電話番号 0258-39-9999)			
長岡市長 様		市(町村) 収受日付印	

医療機関記入欄

申請者記入欄

[注] 1 不要の文字はまっ消すること。
 2 治療材料の申請をするときは指定業者の見積書を添付のこと。