

福島市福祉事務所長

申請者 住所

(受給者) 氏名

看護・移送承認申請書

自立支援医療費（育成医療・更生医療）の支給を受けたいので、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第53条第1項の規定により下記のとおり申請します。

記

受診児(者)	氏名								
	住所								
負担者番号									
受給者番号									
担当医師の意見	看護を必要とする期間	年 月 日から 年 月 日まで (日間)							
	移送	区間	から まで						
		方法							
		年月日	年 月 日						
	看護又は移送を必要と認める事由								
費用見積額	円								
年 月 日 指定自立支援医療機関の名称 診療科・担当医師の氏名									
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									

※負担者番号：育成医療は16076044、更生医療は15070014になります。