

( 様式第10号 )

看 護 移 送 承 認 申 請 書													
患者(受診児)氏名					医 療 券 番 号								
					負担者番号	1	6	0	7	6	0	4	4
					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						
	移 送	移 送 区 間											
		移 送 方 法											
		移 送 年 月 日											
	看護又は移送を 必要とする事由												
費用見積額													
平成 年 月 日													
医療機関名													
担当医師名 印													
やむを得ない理由 で事後に申請する ときはその理由													
上記のとおり申請します。													
平成 年 月 日													
申請者名 印													
福島市福祉事務所長													