

様式 9

治療材料 育成医療 看護 承認申請書 移送					
受診者氏名		歳	育成医療 受給者番号		
担当 医師 の 意 見	治療材料名(補装具名)				
	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			
		方 法			
	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	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 名 称 (電話番号 - -) 担当医師氏名 科					
上記のとおり申請します。 年 月 日 〒 申請者住所 申請者氏名 (電話番号 - -)					
長岡市長 様			市(町村) 収受日付印 <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>		

[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。