別紙様式第９号

自立支援医療（育成医療）移送費支給申請書

（宛先）小樽市長

令和　　年　　月　　日

捨印

申請者 (保護者)	住所	〒　　－			
	氏名		印	続柄	
	電話番号	（　　）			

下記のとおり移送費の支給を申請します。

記

申　請　額　　円（領収書の額）

支　給　額　　円 ※小樽市記入

フリガナ			生年月日	
受診者氏名			令和　　年　　月　　日生	
医療受給者番号		自己負担上限額	円	
移送費用計	金　　円			

指定自立支援医療機関の証明（注２）	移送方法別内訳	方法	年　月　日から
		上記に要した費用　円	年　月　日まで
		方法	年　月　日から
		上記に要した費用　円	年　月　日まで
	移送区間		
	付添人氏名		続柄
	移送が必要な理由		
	証明	上記のとおり、育成医療による患者の移送が必要であることを証明します。 令和　　年　　月　　日 指定自立支援医療機関名 担当医師名 印	

振込先 (注３)	金融機関名	預金種別	口座番号	口座名義人(カナ)
	銀行・金庫　本店 信組　支店 農協　出張所			

(注１)　医療保険による移送費を受けることができない者が対象となります。
　　家族が行った移送等の経費は認められません。
(注２)　移送内容については、医療機関において記載し、担当医師が証明をしてください。
(注３)　申請者（保護者）と同一名義の口座を記載してください。

【添付書類】
□　移送費用を支払った際の領収書
□　自立支援医療受給者証(育成医療)(写)
□　移送月の自己負担上限額管理票(原本)
□　振込口座の通帳(写)(金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人が記載されているもの)

備考　この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。