

様式第3号

自立支援医療（更生医療）移送等承認申請書

年 月 日

(宛先) 旭川市長

申請者
住所
氏名

次のとおり、治療材料・施術・移送が必要なので申請します。

受給者番号		受給者証 交付年月日	年	月	日
個人番号					
障害名		指定医療機関名			
必要とする期間					
必要とする理由 及び内容					
概算額	円				
指定医療機関					