

様式第5号

自立支援医療（更生医療）移送費等請求書

年 月 日

旭川市長 様

申請者
住所
氏名

次のとおり、治療材料・施術・移送に要した費用を請求します。

承認番号		承認年月日	年 月 日
請求額	円		
年 月 日	金額	年 月 日	金額
	円		円
	円		円
	円		円
	円		円
指定医療機関 担当医氏名			
施術業者氏名			

(注) 治療材料費を請求するときは、業者の請求書を添付してください。

振込先

金融機関名	本・支店名	預金種目	口座番号	口座名義