

様式第7号

移 送 費 給 付 申 請 書			
公費負担者番号			本人氏名
公費負担医療の受給者番号			
移送	区間及び経路	出発地 経由地 到着地	
	方 法	タクシー ・ その他（ ）	
	年 月 日		年 月 日
担当医師の意見		移送を必要とする理由	
上記のとおり移送の必要を認めます。 年 月 日 指定養育医療機関の名称及び所在地 担当医師の氏名 上記のとおり移送費の給付を申請します。 年 月 日 申請者住所 氏 名 (本人との続柄) (あて先) 豊中市長			
申請受付年月日			

※ 本制度の移送費給付の申請は、ご加入の健康保険組合で移送費給付の対象とならない場合に限りです。