様式第9号(第6条関係)

|  |
| --- |
| 移送費用支給承認通知書第　　号年　月　日　　　　　　　　　　様身延町長　　　　　　　　　先に申請のあった件については、下記のとおり決定したので通知します。記 |
|  | 受　療　者　氏　名 | 医　療　券　番　号 |  |
|  | 負担者番号 | 2 | 3 | 1 | 9 | 6 | 1 | 7 | 3 |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定養育医療機関名 |  |
| 移送区間 |  |
| 移送費用 |  |
|  |
|  |