

移送承認申請書				
本人氏名		※医療券交付番号		
担当 医師 の 意見	移 送 区 間			
	移 送 方 法			
	移 送 年 月 日	年 月 日		
	移送を必要と認める理由			
	費用見積額			
年 月 日 指定養育医療機関 の所在地及び名称 担当医師 氏 名				
やむを得ない理由で 事後において申請する ときは、その理由				
上記のとおり申請します。 年 月 日 申請者住所 氏 名 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">沖繩市長 様</div>				
※申請受付 年 月 日		※決 定 年 月 日		

注： ※印欄は、申請者は記入しないで下さい。