

更生医療移送等承諾申請書

治療材料

下記のとおり施術が必要ですので申請します。
移送

長沼町長

様

住所地

氏名

印

記

更生医療券番号		更生医療券 交付年月日	
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			
指定医療機関			

（備考） 不要の文字は、まっ消すること。