様式第9号（第8条関係）

移送承認申請書

対象児氏名		医療券交付番号	

担当医師の意見	移送	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　印

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

申請者居住地

氏　名

石垣市長　様

（注）　申請者氏名については、自署若しくは記名押印のいずれかとする。