

養育医療移送・看護承認申請書										
受療者氏名					受給者番号					
担当医師の意見	看護を必要とする期間		年 月 日 ~ 年 月 日							
	移送	移送区間								
		移送方法								
		移送年月日	年 月 日							
	看護又は移送を必要とする事由									
費用見積額		円								
年 月 日 指定養育医療機関の所在地 〒 名称 電話番号 担当医師氏名										
やむを得ない理由で 事後に申請するとき その理由										
（申請先）佐久市長 上記のとおり申請します。 年 月 日 申請者住所 〒 氏名 電話番号										
申請受付年月日			決定年月日							