様式第８号（第５条関係）

# 移送給付支払請求書

年　　月　　日

いなべ市長　宛て

請求者
住所
氏名
受療者との続柄
電話番号

次のとおり移送費の支払を請求します。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 公費負担者番号 | | 受療者の氏名 | |
| 公費負担医療受給者番号 | | | |
| 移送費請求額 | 移送費の額　（A） | 医療保険給付額（B） | 請求額（A）－（B） |
| | 円 | 円 | 円 |
| 区間及び経路 | 出発地<br>経由地<br>到着地 | | |
| 移送方法 | □タクシー　　□その他（　　） | | |
| 移送年月日 | 年　　月　　日 | | |

上記のとおり相違ありません。

年　　月　　日

指定養育医療機関
の名称及び所在地
担当医師の氏名　　印
（自署の場合は押印不要）

注　移送費の額を証する書類を添付してください。