

第9号様式

移送（看護）承認申請書												
ふりがな 患者氏名							男・ 女	生年月日	年 月 日			
公費負担者 番号	2	3	1	3	6	2	0	3				
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										
	看護または移送を 必要とする事由											
	費用見積額											
<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">担当医師氏名 印</p>												
やむを得ない理由で事 後に申請するときはその理由												
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 印</p> <p style="text-align: center;">患者との関係（ ）</p> <p style="text-align: center;">練馬区長 殿</p>												