（様式２９号）

措置入院者移送業務車両委託金請求書

　　　　　　　　 　　　 年　　　月　　　日

 福岡県　　　　保健福祉（環境）事務所長　殿

　　　　　 　 　 　病院所在地

 　　　　　 　 　　病　 院 　名

 　　　　　 　 　　病院管理者名

　　　委託業務に係る委託料を下記のとおり請求します。

記

 一金　　　　　　　　　　　　　　　　円

詳細は下記のとおり。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  移送した 措置入院者氏名 |  移送年月日 |  移送区間 |  移送従事者名 |  備　　考 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 ※　１部作成し、移送を実施した翌月１０日までに取扱い保健福祉（環境）事務所長あて提出すること。

　※　措置入院者１名につき、請求金額は１万円（消費税を含む。）であること。

　※　備考欄には、当該移送が精神保健福祉法第２９条の２の２による「措置入院のための移送」若しくは　　「転院のための移送」のいずれであったのかについて記載すること。