

第 8 号様式（第 6 条関係）

養 育 医 療 転 院 理 由 書

ふ り が な								男	生年月日		年 月 日		
受 療 者 氏 名								女					
養育医療券	公費負担者番号							受給者番号					
	有効期間	年 月 日から 年 月 日まで											
転 院 年 月 日		年 月 日						転院時の体重		グラム			
転 院 の 理 由													
上記理由により転院を必要とする。													
年 月 日													
指定養育医療機関の名称													
所在地													
医師氏名													
印													