

第6号様式（第8条関係）

転 院 理 由 書				
ふりがな			生年月日	年 月 日生
受療者氏名		男・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			
転院の理由				
<p>(受療者氏名)</p> <p>_____ について、上記理由により転院を必要とする。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定養育医療機関 所在地</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p style="text-align: center;">医師名</p> <p style="text-align: right;">印</p>				