第13号様式（第10条関係）

|  |
| --- |
| 転　院　理　由　証　明　書  　　　　年　　月　　日  （宛先）  （医療機関の名称）  （担当医師氏名）  （受療者氏名）　　　　　　　　　　に係る養育医療給付申請について、下記の理由により転院が必要と認めます。  記 |