

第10号様式（第7条関係）

指 定 養 育 医 療 機 関 変 更 申 請 書	
受 給 者 番 号	
養育医療券の交付番号	第 号
受 療 者 氏 名	
医療券の有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
指定養育医療機関	変更前
名 称	変更後
所 在 地	
変更希望年月日	年 月 日から
転 院 を 必 要 と す る 理 由	
<p>上記の理由により指定養育医療機関の変更を必要とするので申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>白河市長</p> <p style="text-align: right;">申請者(保護者) 住所 氏名 印 電話</p>	