

様式第10号（第8条，10条関係）

養育医療		移送 継続	承認申請書
受療者氏名		医療券番号	
担当医師の意見	移送	移送区間	
		移送方法	
		移送年月日	
		移送を必要と認める事由	
	継続	医療券有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
		延長期間	年 月 日から 年 月 日まで
		継続を必要と認める事由	
<p>年 月 日 指定養育医療機関の所在地 郵便番号 名称 電話番号</p> <p>担当医師名 印</p>			
やむを得ない理由で事後において申請するときはその理由			
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日 申請者住所 郵便番号</p> <p>氏 名（自署もしくは記名押印）</p> <p>電 話 番 号</p> <p style="text-align: right;">潮来市長 様</p>			
申請受付年月日		決定年月日	