

申 出 書

瀬戸内市長 様

(受給者氏名)

(指定養育医療機関名)

私の被扶養者である (受給者氏名) の、 (指定養育医療機関名) における下記の未熟児養育医療の給付に係る扶養義務者自己負担金について、こども医療費公費負担制度により充当するよう申し出をします。

受給者氏名 (児童の氏名)								男・女	
	(生年月日		年	月	日)				
未熟児養育医療 給付申請期間	年		月	日	～	年		月	日
こども医療費受給資格者証の公費負担者番号	8	5	3	3					
こども医療費受給資格者証の受給者番号									

年 月 日

申請者（扶養義務者）

住 所

氏 名

(続柄 父・母)

※「未熟児養育医療給付申請期間」欄には、養育医療意見書に記入されている診療予定期間を記入してください。