

公費請求申出書

(宛先)東 温 市 長

(受給者氏名) (指定養育医療機関名)

私の被扶養者である_____の、_____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負担金につい
て、東温市長（子ども医療費）に請求されたく申し出をします。

受 給 者 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
子ども医療受給資格証 記 号 番 号	

年 月 日

申 請 者（扶養義務者）

住 所

氏 名

(扶養者との続柄)