

こども医療費支給申請及び充当依頼書

年 月 日

廿 日 市 市 長 様

受給者（保護者）

住所 _____

氏名 _____

こども氏名 _____

次のとおり未熟児養育医療給付期間における一部負担金相当額について、こども医療費の支給申請を行うとともに、こども医療費の _____ 年度支給決定額について、私が支払うべき未熟児養育医療費一部負担金に充当するよう依頼します。

こども	氏名	
	住所	
	生年月日	年 月 日
こども医療費受給者番号		
未熟児養育医療給付期間 (意見書に記入されている診療予定期間を記入)		年 月 日 ～ 年 月 日