

記入例

申 出 書

坂出市長 殿

児の名前を記入
してください

(受給者氏名)

(指定養育医療機関名)

児の入院している病院名を
ご記入ください

私の被扶養者である **坂出 太郎**の、 ●●●●●●●● に

おける下記の未熟児養育医療に係る扶養義務者負担金について、坂出市子ども医療費公費負担
制度により充当するよう申し出ます。

受給者氏名	坂出 太郎 (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 養育医療意見書の診療予定期間をご記入ください
子ども医療費受給資格者証の公費負担者番号	対象児の受給資格者証の公費負担者番号をご記入ください
子ども医療費受給資格者証の受給者番号	対象児の受給資格者証の受給者番号をご記入ください

年 月 日

来所日をご記入ください

申請者 (扶養義務者)

他の様式の申請者と同じ
氏名をご記入ください

住所 **坂出市室町二丁目3番5号**

氏名 **坂出 二郎**

(続柄 (父)・母)