

申 出 書

坂出市長 殿

(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	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						
子ども医療費受給資格者証の公費負担者番号							
子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)