

申 出 書

倉敷市長 宛

(受給者氏名)

(指定養育医療機関名)

私の被扶養者である 倉敷 花子 の、 〇〇〇 病院 における下記未熟児養育医療給付に係る母子保健法第21条の4に規定する扶養義務者の徴収額について、倉敷市子ども医療費助成制度により充当するよう申し出ます。

なお、医療費が徴収額に満たない場合の食事療養費は、倉敷市子ども医療費からは充当されないため、請求があれば納付期限までに支払います。

受給者氏名	倉敷 花子 男 <input checked="" type="radio"/> 女 (生年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日)
未熟児養育医療給付申請期間	令和〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 令和〇〇年〇〇月〇〇日 (医療意見書に記載のある診療予定期間を記入)
子ども医療受給資格者受給者番号	まだ受給者証が届いていない場内は、記入不要

令和〇〇年〇〇月〇〇日

〒〇〇〇-〇〇〇〇

(申出者(扶養義務者))住所 倉敷市〇〇〇〇

氏名 倉敷 太郎

(受給者との続柄 父)

電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇