

令和 年 月 日

行田市長 様

申請者（扶養義務者）

住 所

電 話

氏 名

（受給者との続柄 ）

申 出 書

下記の未熟児養育医療給付に係る扶養義務者自己負担金について、子ども医療費助成事業により充当するよう申し出をします。

ただし、附加給付金が交付される場合は、自己負担金は直接納入いたします。

記

受給者氏名	男 ・ 女 (生年月日 令和 年 月 日)
未熟児養育医療 給付申請期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日
子ども医療費 受給者証番号	