

(様式第8号)

養育医療受給者番号 (保健所記入欄)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

申 出 書

倉敷市長 あて

(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	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 (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	

令和 年 月 日

〒

(申出者(扶養義務者))住所

氏名

(受給者との続柄)

電話番号 ()