

申 出 書

岡山市長

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の給付にかかる扶養義務者負担金について、乳幼児医療助成制度により充当するよう申し出をします。

フリガナ 受給者氏名	(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
乳幼児医療受給資格者証 受給者番号	

年 月 日

申請者 (扶養義務者)

住所

氏名

(被扶養者との続柄 父・母)

* 「未熟児養育医療給付申請期間」欄には、養育医療意見書に記入されている診療予定期間を記入してください。