様式第１２号（第１０条関係）

申出書

小豆島町長　　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、小豆島町子ども医療費助成制度により充当するよう申し出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | |
| 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　　　　）