申 出 書

年 月 日

長門市長 様

郵便番号
申請者 住 所
氏 名
未熟児との続柄
(電話)

下記の未熟児に対する養育医療の給付に係る徴収金について、長門市乳幼児医療費助成要綱第 3 条の規定による助成をもって充当していただきますよう、長門市未熟児養育医療給付事業実施要綱第 8 条第 4 項の規定に基づき、関係書類を添えて申し出ます。

また、充当処理を実施するにあたって、養育医療の給付に係る受給者及び扶養義務者の個人情報、乳幼児医療費助成事業担当課に通知することに同意します。

記

受 給 者 氏 名 (未熟児の氏名)	
医 療 機 関 名	
福祉医療費受給者証 記 号 番 号	

添付書類 福祉医療費受給者証の写し

注 申請者が氏名を自署すること。