

(様式第5号)

# 申 出 書

真庭市長

様

(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係る扶養義務者自己負担金について、  
真庭市乳幼児・児童生徒医療費給付制度により充当するよう申し出をします。

また、自己負担金額判定にあたり本人の扶養義務者全員の市町村民税の課税  
状況を確認することに同意します。

受給者氏名	男・女 (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・児童生徒医療費受給資格者証の公費負担者番号	8	5	3	3	0	8	4	3
乳幼児・児童生徒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 )

※「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期間を記入してください。