

# 申 出 書

新見市長 殿

(受給者名)

(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、新見市子育て支援医療費公費負担制度により充当するよう申出をします。

受 給 者 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 日から		年 月 日まで					
新見市子育て支援医療費受給資格者証の公費負担者番号	8	5	3	3	0	1	0	8
新見市子育て支援医療費受給資格者証の受給者番号								

年 月 日

申請者住所  
氏名  
受給者との続柄

※「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。