

申 出 書

(宛先) 新居浜市長

次の養育医療給付に係る助成対象者負担金について、子ども医療費助成事業により充当するよう申し出をします。

受給者氏名 (乳児)		性別	男・女		
		生年月日	令和	年	月 日
養育医療給付申請期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで				
	※「養育医療意見書」の「診療予定期間」				
子ども医療受給資格証の 記号番号					

令和 年 月 日

申請者 (扶養義務者)

住 所 新居浜市

マンション
アパート名

氏 名