

様式第10号（第8条関係）

申 出 書

伊 予 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負担金について、子ども医療費から支給されたく申し出をします。

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
子 ども 医 療 受 給 資 格 証 記 号 番 号	

年 月 日

申 請 者 (扶養義務者)

住 所

氏 名

印

(被扶養者との続柄)