

(別紙)

## 申 出 書

笠間市長 様

私の被扶養者である (受給者氏名) の、 (指定養育医療機関) 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、笠間市医療福祉費支給に関する条例に基づく支給額を充当するよう申し出ます。

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
小児医療福祉費 受給者番号	

年 月 日

(申出者 (保護者))

住 所

氏 名

印

(受給者との続柄 )

電話番号

※ 「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。