養育医療の徴収金に係る申出書

令和　　年　　月　　日

　（宛先）白井市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　白井市母子保健法施行細則第１０条第１項の規定に基づき算定した未熟児医療の自己負担金について、子ども医療費助成金給付により充当するよう申し出ます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 子ども | 氏　名 |  |
| 住　所 |  |
| 生年月日 |  |
| 子ども | 氏　名 |  |
| 住　所 |  |
| 生年月日 |  |
| 子ども | 氏　名 |  |
| 住　所 |  |
| 生年月日 |  |