

申 出 書

西予市長 管 家 一 夫 様

下記の未熟児養育医療給付に係る扶養義務者負担金について、西予市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	男 ・ 女 (生年月日 令和 年 月 日)
未熟児養育医療 給付申請期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
子ども医療費受給 資格証受給者番号	

令和 年 月 日

申請者（扶養義務者）

住 所

氏 名

(受給者との続柄)