

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、西予市乳幼児及び児童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 平成 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
乳幼児医療受給 資格証記号番号	

令和 年 月 日

申請者 (扶養義務者)

住 所

氏 名

印

(受給者との続柄)