

養育医療の費用徴収額に係る申出書

(あて先)秩父市長

下記の未熟児養育医療給付に係る扶養義務者負担の費用徴収額について、福祉医療費(こども医療費・ひとり親家庭等医療費・重度心身障害者医療費)支給事業により充当するよう申し出をします。

対象のこども	男・女 (生年月日 年 月 日)
未熟児養育医療 給付申請期間	年 月 日から 年 月 日まで
福祉医療費 受給者番号	対象福祉医療費： (こども医療費・ひとり親家庭等医療費・重度心身障害者医療費) 受給者番号：

私は、秩父市未熟児養育医療制度の利用に当たり、下記の事項に同意します。

記

対象のこどもが秩父市未熟児養育医療制度を利用した場合の当該医療費の助成に係る福祉医療費を市が請求及び受領すること。

なお、市が上記により受領した当該福祉医療費については、当該費用徴収額の納入に充ててください。

年 月 日

申請者(扶養義務者)

住所 秩父市

氏名

(対象のこどもとの続柄)

申請者(福祉医療費受給資格者)

住所 秩父市

氏名

(対象のこどもとの続柄)