

村山市長あて

依頼者:

住所

氏名

印

受給者との続柄 ()

子育て支援医療 充当依頼書

下記の者で未熟児養育医療の費用徴収額のうち、子育て支援医療による給付対象分の金額については、子育て支援医療による給付対象外の金額を納入後に、子育て支援医療給付から未熟児養育医療費の費用徴収額に充当していただきたいので、依頼します

子育て支援医療受給者	
氏 名	
生年月日	年 月 日 生まれ
性 別	男 ・ 女
医療証番号	