

(様式第6号)

申 出 書

八幡浜市長 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、八幡浜市乳幼児及び
児童医療費助成事業により充当するよう申出をします。

記

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
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

(受給者との続柄)