

上山市長 様

依頼者

住所：

氏名：

（記名押印又は署名）

下記受給者との続柄：

子育て支援医療充当依頼書

下記の者の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、子育て医療による給付対象外のコ額を納入後に、子育て支援医療給付から未熟児養育医療の費用徴収額に充当していただきたいので、依頼します。

記

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