

申 出 書

年 月 日

小城市長 様

申請者（保護者）

住所

氏名

（続柄 ）

（児童の氏名）

私の被扶養者である_____の下記の未熟児養育医療の給付に係る自己負担金について、子どもの医療費助成制度により充当するよう申し出ます。

児童の氏名	男・女 (生年月日 年 月 日)
子どもの医療費受給 資格証受給者番号	
指定医療機関 (申請書から転記)	
診療予定期間 (養育医療意見書から転記)	年 月 日 ~ 年 月 日

（申出書について）

未熟児養育医療給付では、母子保健法第21条の4の規定に基づき、市（町）が保護者から自己負担金を徴収します。

養育医療を受けられる方が子どもの医療費助成制度の対象である場合は、自己負担金の一部を子どもの医療費助成制度で助成します。

この申出書を提出していただくことで、市（町）の内部で助成手続きをすすめることができ、助成相当額（自己負担金の一部）をお支払いいただく必要がありません。

この申出書の提出がなければ、自己負担金の全額をいったんお支払いいただいたあと、後日、償還払いによる手続きをしていただく方法で自己負担金の一部を助成します。