

申 出 書

(宛先) 松阪市長

次の未熟児養育医療給付に係る自己負担金について、松阪市福祉医療費助成制度により充当したいので、松阪市福祉医療費の助成に関する条例施行規則第 11 条及び松阪市母子保健法施行細則第 7 条の規定により申し出ます。

受 給 者 氏 名	(生年月日 年 月 日)
福 祉 医 療 費 種 別	こども ・ ひとり親 ・ 障がい
受 給 資 格 証 番 号	

年 月 日

(申出者(扶養義務者)) 住 所
氏 名
(受給者との続柄)
電話番号 () -