

尾道市子ども医療費又はひとり親家庭等医療費 支給請求書兼申立書

年 月 日

尾 道 市 長 様

申請者（受給者）

住 所 _____

氏 名 _____

（乳幼児との続柄 _____）

尾道市子ども医療費助成条例第6条第1項又は尾道市ひとり親家庭等医療費助成条例第6条第1項の規定に基づき、次のとおり未熟児養育医療給付に係る扶養義務者一部負担金に相当する額の子ども医療費又はひとり親家庭等医療費の支給を申請します。

なお、私の被扶養者である _____ に支給される子ども医療費又はひとり親家庭等医療費については、未熟児養育医療給付に係る扶養義務者一部負担金に充当するよう申出をします。

乳 幼 児	名 前	男・女
	住 所	
	生年月日	年 月 日
子ども医療費受給者番号		
ひとり親家庭等医療費受給者番号		
未熟児養育医療給付申請期間 ※意見書に記入されている 診療予定期間を記入		年 月 日～ 年 月 日

子育て支援課に確認	
-----------	--