

様式第 4 号（第 4 条関係）

申 出 書

吉備中央町長 殿

私の被扶養者である（対象児氏名）
の、（指定医療機関名）
における下記の養育医療の給付に係る扶養義務者自己負担金について、小児医療費公
費負担制度により充当するよう申し出をします。

対象児氏名	男・女 (生年月日 年 月 日)							
養育医療 給付申請期間	年 月 日から				年 月 日まで			
小児医療費受給資格証の公費負担者番号	8	5	3	3	0	8	1	9
小児医療費受給資格者証の受給者番号								

年 月 日

申請者（扶養義務者）

住 所

氏 名

（続柄 ）

※「未熟児養育医療給付申請期間」欄には、養育医療意見書に記入されている診療予
定期間を記入してください。