第12号様式（第11条関係）

申出書

土佐清水市長　様

　　　　　　　　　 （受給者氏名）　　　　 （指定養育医療機関名）

　私の被扶養者である　　　　　　　　　の、　　　　　　　　　　　　　における養育医療給付に係る扶養義務者の徴収額について、土佐清水市乳幼児福祉医療費の助成額を充当するよう申し出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者氏名 | 男 ・ 女  （生年月日　　　年　　月　　日） | | | | | | |
| 未熟児養育医療  給付申請期間 | 年　　　月　　　日から  　　　年　　　月　　　日まで | | | | | | |
| 乳幼児医療費受給者証  受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |

　　年　　月　　日

申出者（扶養義務者）

住所

氏名

（受給者との続柄　　　　　　　）