

こども医療費支給申請書
兼 申 立 書

年 月 日

江田島市長 様

申請者（受給者）

住 所

氏 名

（こどもとの続柄 ）

江田島市こども医療費支給条例第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こども医療費の
支給を申請します。

なお、私に支給されるこども医療費については、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し出ます。

対 象 こ ど も	氏 名	男 ・ 女
	住 所	
	生年月日	年 月 日
※こども医療費受給者番号		
※未熟児養育医療費受給者番号 (意見書に記入されている診療予定期間)		年 月 日 ～ 年 月 日

※の欄には記入しないでください。