

乳幼児等医療費支給申請書
兼 申 立 書

年 月 日

江田島市長 様

申請者（受給者）

住 所

氏 名

㊞

（乳幼児との続柄 ）

江田島市乳幼児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乳幼児等医療費の支給を申請します。

なお、私に支給される乳幼児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し出ます。

乳 幼 児	氏 名	男 ・ 女
	住 所	
	生年月日	年 月 日
※乳幼児等医療費受給者番号		
※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。