

様式第 1 2 号（第 1 2 条関係）

年 月 日

（宛先）天童市長

依頼者 住所 _____
氏名 _____
下記の受給者との続柄 _____

充当依頼書

下記の者で未熟児養育医療の費用徴収額のうち、子育て支援医療による給付の対象となる額については、当該子育て支援医療給付金を未熟児養育医療に係る費用徴収額に充当したいので、依頼します。

記

子育て支援 医療受給者	氏名	
	生年月日	令和 年 月 日
	性別	男 ・ 女
	医療証番号	