

様式第 1 1 号 (第 1 1 条関係)

令和 年 月 日

天童市長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
本人との続柄 \_\_\_\_\_

療育医療食事療養費標準負担額相当分免除申請書

母子保健法第20条第1項に規定する措置に係る徴収金のうち食事療養費標準負担額相当分の免除について、天童市未熟児養育医療の給付等に関する規則第11条の規定により次のとおり申請します。

|                                      |                    |                 |      |      |       |
|--------------------------------------|--------------------|-----------------|------|------|-------|
| 本人氏名                                 |                    |                 |      | 生年月日 | 年 月 日 |
| 養育医療券<br>の有効期間                       | 年 月 日から<br>年 月 日まで | 徴収金<br>の月額<br>等 | 階層区分 | 階層   |       |
|                                      |                    |                 | 月額   | 円    |       |
| 徴収金のうち食事療養費<br>標準負担額相当分の額<br>(免除する額) |                    | 円               |      |      |       |

|    |  |
|----|--|
| 備考 |  |
|----|--|