

福祉(ひとり親)医療費支給申請書  
兼 申 出 書

綾部市長 様

令和 年 月 日

住所 綾部市

氏名

私の被扶養者である の未熟児養育医療に係る母子保健法第  
21条の4に規定する扶養義務者の徴収額について、福祉(ひとり親)医療費の支給を  
申請します。

なお、支給される福祉(ひとり親)医療費については、未熟児養育医療給付に係る扶  
養義務者負担金に充当されるよう申し出ます。

受給者氏名	氏名									
	生年月日	令和	年	月	日					
未熟児養育医療給付申請期間		令和	年	月	日	~	令和	年	月	日
福祉(ひとり親) 医療	公費番号	4	4	2	6	0	0	4	0	
	受給者番号									