

【 記 載 例 】

申 出 書

高知市長 殿

令和 3年 1月 12日

申 出 者 住 所 高知市本町五丁目〇番△号
(扶養義務者)

氏 名 高 知 太 朗

私は、下記の未熟児養育医療の給付にかかる扶養義務者の負担金について、高知市子ども医療費助成制度による給付を充当するよう申し出ます。

フリガナ	コウチ ミヅキ
受給者	高知 美月
生年月日	令和 3年 1月 1日
子ども医療費 受給者番号	

子ども医療費受給者証の受給者番号を記入して下さい。保険証
交付前など、受給者交付手続き前の方は記入不要です。
※後日、必ず子ども医療費助成の受給手続きを行って下さい。

○申出書について

未熟児養育医療は、世帯の所得に応じて決定された徴収基準額を、医療機関受診時に扶養義務者が負担する制度です。

ただし、この負担金は高知市子ども医療費助成制度の助成対象となっているため、未熟児養育医療の受給者が高知市子ども医療費助成制度の受給者である場合は、この申出書の提出により、未熟児養育医療の負担金へ高知市子ども医療費助成による給付を充当することができます。