

申 出 書

高知市長 殿

年 月 日

申 出 者 住 所
(扶養義務者)

氏 名

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	
受給者	
生 年 月 日	年 月 日
子ども医療費 受給者番号	

○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。