

年 月 日

米沢市長 あて

申請者 住所

氏名

(子育て支援医療受給者との続柄：)

子育て支援医療充当依頼書

下記の者に係る子育て支援医療給付による給付を、当該者の未熟児養育医療の徴収金に充当するよう依頼します。

記

子育て支援医療給付受給者							
医療証番号	9						
氏名							
生年月日	年 月 日						