

様式第 5 号 (第 3 条関係)

子育て支援医療療養費支給額充当依頼書

令和 年 月 日

庄内町長 富樫 透 殿

申請者 住所  
氏名  
対象者との続柄 ( )

下記の子育て支援医療対象者の母子保健法第 20 条第 1 項に規定する措置に係る徴収金の額については、庄内町医療給付事業実施要綱第 7 条の規定による子育て支援医療療養費の支給額を充当したいので依頼します。

記

子育て支援医療対象者	
氏 名	
生年月日	年 月 日
医療証番号	