

依 頼 書

年 月 日

熊 野 町 長 様

依頼者 (受給者) 住所 熊野町 氏名
子どもの名前 生年月日 年 月 日

私が支払いを受けるべき、母子保健法第21条の4第1項の規定による未熟児養育医療費一部負担金に相当する額のこども医療費等補助金は、私が支払うべき未熟児養育医療一部負担金の支払いに充てることを、依頼します。

また、私が払い戻しを受けるべき未熟児養育医療費一部負担金が生じたときには、私が払い戻すべき当該一部負担金に対応するこども医療費等補助金の支払いに充てることを、依頼します。