

年 月 日

（宛先）

山形市長

依頼者

住所

氏名

本人との続柄（ ）

こども医療給付金充当依頼書

私は、下記の者の未熟児養育医療に係る費用徴収額のうち、山形市福祉医療給付金支給条例の規定によるこども医療給付金の支給の対象となる額については、当該こども医療給付金を未熟児養育医療に係る費用徴収額に充当したいので、依頼します。

記

1 こども医療給付金支給対象者（本人）氏名

2 本人の生年月日

3 性別

男 ・ 女