申 出 書

四万十町長 殿

令和 年 月 日

申 出 者 住 所
(扶養義務者)

氏 名 ⑩

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、四万十町福祉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		男・女
生 年 月 日	令和 年 月 日	
福祉医療費受給者番号 (乳幼児医療費)		

○申出書について

未熟児養育医療制度では、入院養育が必要と認められた未熟児が医療機関で入院治療を受ける際、世帯の市町村民税額等に応じて決定された徴収基準額を保護者が負担することとされています。

ただし、この負担金は四万十町福祉医療費助成制度の助成対象であるため、当該未熟児が四万十町福祉医療費(乳幼児医療費)助成制度の受給者である場合、この申出書を提出することで、徴収基準額を負担することなく入院治療を受けることができます。