

様式第2号（第10条関係）

充当申出書

年 月 日

（宛先）佐倉市長

申請者 住所

氏名 ㊟

（受領者との続柄 ）

電話番号

佐倉市母子保健法施行規則第8条に基づき算定した未熟児養育医療の自己負担金について、子ども医療費助成金給付により充当するよう申し出ます。

記

子 ども	氏名	
	住所	
	生年月日	年 月 日
子 ども	氏名	
	住所	
	生年月日	年 月 日
子 ども	氏名	
	住所	
	生年月日	年 月 日

注 申請者氏名欄に自署する場合は、押印を省略することができます。