

様式第1号

# 申出書兼同意書

年 月 日

(あて先) 成田市長

申請者 住所 成田市

氏名

私は、下記の乳児が養育医療の給付を受ける期間に限り、次の医療費助成制度の助成金が支給される場合は、その支給額を限度として、養育医療徴収金に充当していただきますよう申し出ます。

また、充当の申出にあたって、養育医療給付の所管課と医療費助成制度の所管課が、支給に必要な個人情報を共有することについて同意します。

記

乳児 氏 名

生年月日 令和 年 月 日

- 子ども医療費助成制度
  - 母子家庭・父子家庭等医療費等助成制度
  - 重度心身障害者医療費助成制度
- ※対象となる□に✓印をつけてください。