様式第８号（第７条関係）

申　　出　　書

津山市長　　殿

（受給者氏名）　　（指定養育医療機関名）

私の被扶養者である　津山　さくら　の、　○○病院

における下記の養育医療の給付に係る扶養義務者自己負担金について、津山市子ども医療費公費負担制度により充当するよう申し出をします。

受給者氏名 （児童の氏名）	津山　さくら　　男・女 （生年月日　令和５年　６月　１３日）								
養育医療給付 申請期間	年　月　日～　年　月　日								
子ども医療費受給資格者証の公費負担者番号		8	5	3	3	0	0	3	3
子ども医療費受給資格者証の受給者番号									

令　５年　７月　３日

申請者（扶養義務者）

住　所　　津山市山北５２０番地

氏　名　　津山　健太

（続柄　　父・母　　）

※「養育医療給付申請期間」欄には、**養育医療意見書**に記入されている**診療予定期間**を記入してください。