

乳幼児等医療費充当依頼書

年 月 日

大 竹 市 長 様

依頼者（受給者）

住所 大竹市 _____

氏名 _____

乳幼児との続柄 _____

乳 児

住所 大竹市 _____

氏名 _____ 男・女

生年月日 _____

（乳幼児等・ひとり親家庭等・重度心身障害者）医療費受給者番号

未熟児養育医療給付申請期間（意見書に記入されている診療予定期間を記入）

_____ 年 月 日 ～ _____ 年 月 日

上記の乳児の未熟児養育医療の費用徴収額の内、（乳幼児等・ひとり親家庭等・重度心身障害者）医療費による助成の対象となる額については、当該（乳幼児等・ひとり親家庭等・重度心身障害者）医療費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。

なお、この充当依頼は未熟児養育医療給付申請期間内に限るものです。

※ 未熟児養育医療給付では、母子保健法第21条の4の規定に基づき、市が扶養義務者から未熟児養育医療一部負担金を徴収します。しかし、未熟児養育医療受給者が乳幼児等医療費等助成事業の受給者である場合には、未熟児養育医療一部負担金の一部が乳幼児等医療費等の対象となるため、充当依頼書を提出していただくことで、市の内部で扶養義務者の負担金の一部を処理することができます。