長泉町長　様

　　　　年　　　　月　　　　日

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　印

依頼書

　私が申請しましたこども医療費助成金について、助成が決定し受領する助成金は、長泉町未熟児養育医療自己負担金に充当していただきますよう依頼します。

　なお、上記処理に係る通知等の送付は不要です。