

年 月 日

(宛先) 沼津市長

住所

氏名

## 依 頼 書

私が申請しましたこども医療費助成について、助成が決定し受領する助成金は、沼津市へ納入する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お願いします。

なお、未熟児養育医療費負担金決定通知並びに領収書の送付は不要です。