

様式第14号
令和 年 月 日

様

保健所管理課長

振替処理依頼書

標題について、未熟児養育医療受給者に係る各種医療費助成制度助成金の振替について、次のとおり事務処理願います。

記

1 振替金額 金 円也

2 振替予定日 令和 年 月 日 ()

3 振替理由 令和 年 月請求分の未熟児養育医療受給者に係る各種医療費助成制度助成金相当分を振替支出（歳入）する。

4 添付資料

- ① 未熟児養育医療自己負担金のお知らせ（様式第13号）
- ② 未熟児養育医療調定者リスト（様式第16号）
- ③ 委任状の写し

保健所管理課 保健事業グループ
電話 06-6647-0650
FAX 06-6647-0803