

未熟児養育医療申請にかかる生活保護受給状況確認同意書

彦根市長 様

未熟児養育医療給付にかかる、徴収基準月額決定のための、生活保護受給状況の確認に同意します。

年 月 日

申請者 住所 彦根市
氏名

対象児氏名

生年月日 令和 年 月 日

(きょうだいで同時に申請する場合は第1子の名前)

住所 彦根市

電話 () —

※彦根市に令和8年1月1日以後に転入されている場合は、お申し出ください。