

委任状

私は下記のとおり、未熟児養育医療に係る子ども医療費助成金の受領並びに未熟児養育医療費負担金の納付に関する権限を委任します。

記

子ども医療費助成金 受給資格者証番号	
子ども氏名	
医療機関名	
診療年月日	年 月 日から 年 月 日まで

年 月 日

受任者

八重瀬町長 殿

委任者 住所
(扶養義務者・保護者)

氏名 印