

委任状

(宛先) 受任者 幸田町長

私は、あなたを代理人と定め、幸田町子ども医療費の助成に関する条例第7条及び第8条の規定による医療費助成金の交付申請及び受領に関する権限を委任しますので、下記のとおり母子健康法第21条の4の規定による未熟児養育医療給付に係る自己負担金に充当してください。

記

未熟児養育 医療給付	受療者氏名	(生年月日 令和 年 月 日)							
	診療予定期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日					
子ども医療費受給者証 受給者番号									

令和 年 月 日

委任者（扶養義務者）

住 所 _____

氏 名 _____

(受療者との続柄) _____