

# 委 任 状

石川町長

様

私は、上記の者に対して、下記の者が受けた未熟児養育医療に係る子ども医療費助成金

の請求行為及び受領、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

受療者名

生年月日:                      年        月        日生

個人番号:

年 月 日

|              |      |   |
|--------------|------|---|
| 委任者<br>(申請者) | 住 所  |   |
|              | 氏 名  | 印 |
|              | 個人番号 |   |

| 保険者等の名称     | 被 保 険 者 証 |    |
|-------------|-----------|----|
|             | 記号        | 番号 |
|             |           |    |
| 事業所(勤務先)の名称 |           |    |
|             |           |    |

| ※町記入欄 | 子ども医療費助成金受給者番号 |  |  |  |  |  | 確認者 |
|-------|----------------|--|--|--|--|--|-----|
|       |                |  |  |  |  |  |     |