委任状及び承諾書

|  |  |
| --- | --- |
| 受任者 | いの町長またはその指定する者 |

私は、未熟児養育医療給付申請を行うにあたり、上記、受任者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

　また、未熟児養育医療の給付に係る自己負担金の決定にあたり、乳幼児医療の給付状況等を確認することが必要な場合には、担当課に照会することを承諾します。

　　　　　年　　　月　　　日

記

私が負担すべき未熟児養育医療の自己負担金に係る乳幼児医療費助成事業への助成申請及び助成金の受領に係る一切の権限

|  |  |
| --- | --- |
| 認定を受けた医療費助成の名称 | いの町乳幼児医療費助成事業 |
| 受給者証の受給者番号 |  |
| 受給者氏名 |  |
| 受給者生年月日 |  |
| 郵便番号 |  |
| 住所 |  |
| 申請者氏名 | ㊞ |
| 電話番号 |  |