

## 委 任 状

日出町長 殿

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

子ども氏名

年 月 日

|                |     |  |
|----------------|-----|--|
| 委任者<br>(扶養義務者) | 住 所 |  |
|                | 氏 名 |  |

| 保険者名        | 記号 | 番号 |
|-------------|----|----|
|             |    |    |
| 事業所（勤務先）の名称 |    |    |
|             |    |    |

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