

委任状

私は、薩摩川内市長を代理人と定め、薩摩川内市母子保健法施行細則第12条第3項に規定する医療費給付金等に関し、次の事項を委任します。

- 1 医療費給付金等の申請及び受領に関すること。
- 2 医療費給付金等を受領後に養育医療給付に係る自己負担金（未熟児養育医療負担金）に充てること。

令和 年 月 日

委任者 住所 薩摩川内市 _____

氏名 _____ 印

対象児氏名 _____

(生年月日) 年 月 日

受任者 薩摩川内市長

医療費給付金等種別	子ども ・ ひとり親 ・ 重心
受給資格者証番号	