

委任状

受任者	会津若松市長 室井照平
-----	-------------

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。

記

・ 未熟児養育医療の給付自己負担金に伴う会津若松市子ども医療費助成の請求行為およびその受領に関する一切の権限。

なお、下記被扶養者に支給される子ども医療費については、未熟児養育医療に係る一部自己負担分に充当するよう申出をします。

年 月 日

(養育医療給付申請者)

住所

氏名

印

負担者番号	2	3	0	7	6	0	3	7
受給者番号								
子ども	氏名				性別	男・女		
	生年月日	年 月 日						
養育医療期間	年 月 日～ 年 月 日まで							
子ども医療費受給者番号								