

委 任 状

私は、こども支援課長に、未熟児養育医療の給付に伴うこども医療費の請求並びに受領に関する一切の権限を委任します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

委任者 住所 熊本市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号

氏名 〇〇 〇〇 (保護者氏名) 印

こども医療記号番号	(ひまわりカードの受給者番号)			
乳 児 氏 名	〇〇 〇〇			
医 療 機 関 名	〇〇病院 (入院中の病院の名称)			
診 療 年 月 日	年 月	年 月	年 月	年 月
		記入しない		月
	年 月	年 月	年 月	年 月