

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。

年 月 日

委任者 住所

氏名

印

こども医療記号番号				
乳児氏名				
医療機関名				
診療年月日	年 月	年 月	年 月	年 月
	年 月	年 月	年 月	年 月
	年 月	年 月	年 月	年 月