

委任状 (福祉医療費受領委任)

各務原市長

上記の者を私の代理人と定め、下記の行為を委任します。

母子保健法（昭和40年法律第141号）第21条の4に基づく未熟児養育医療費の自己負担金に係る、福祉医療費の助成申請及び受領に関する一切の権限

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

(福祉医療受給者)

住所 各務原市○○町○丁目○番地

【福祉医療受給者】

申請書の扶養義務者に記載した方

氏名 各務 太郎 印

受給資格者との続柄 父

【福祉医療費受給資格者氏名】

お子様の名前

福祉医療費受給資格者氏名	各務 桜
福祉医療費助成制度名	こども
福祉医療費受給者番号	○○○—○○○○○○○○