

# 委 任 状

多治見市長 様

下記の事項について委任します。

1. 多治見市長を私の代理人と定め、私が多治見市に納付すべき未熟児養育医療の給付自己負担金に係る、多治見市福祉医療費の助成申請及び助成金の受領に関する一切の権限。
2. 養育医療券の写しを、「養育医療給付申請書」の「希望する指定医療機関の名称及び所在地」欄に記載してある医療機関に送付すること。

年 月 日

(養育医療申請者)

住 所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

受給資格者との続柄 \_\_\_\_\_

福祉医療費受給資格者氏名	
福祉医療費助成制度名	子ども医療
福祉医療費受給者番号	