

委 任 状

平成 年 月 日

私が忠岡町に納付すべき未熟児養育医療給付自己負担金に係る忠岡町福祉医療給付の
助成申請及び助成金の受領に関する一切の権限を委任します。

| | |
|-----------------------------------|---------------|
| 承認を受けた医療助成の種類 (該当する者に○をつけて下さい) | 子ども・ひとり親・障がい児 |
| 医療証の受給者番号 | |
| 受給者氏名 | 申請者との続柄 () |
| 郵便番号 | |
| 住所 | |
| 申請者氏名 | 印 |
| 電話番号 | |
| 電話番号 (昼間連絡先) | |