

太枠内のみ記入してください

様式第3号(第4条関係)

委任状兼同意書

令和 年 月 日

大治町長 様

申請者 〒490-1143
住 所 大治町大字砂子字西河原14番地の3
氏 名 大治 太郎
電話番号 052-444-2714
(昼間連絡先) 090-XXXX-XXXX

私は、未熟児養育医療給付制度に係る自己負担金に関する次の事項を委任します。

- 医療費助成制度に基づく医療費助成金の申請・請求・受領に関すること。
- 医療費助成金を受領後に未熟児養育医療自己負担金に充てること。
- 未熟児養育医療自己負担金に関する一切の権限

ただし、子ども医療費支給制度の受給者でかつ未熟児養育医療給付受給者である期間中の、未熟児養育医療給付における自己負担金の額に限る。

また、上記の委任事項を行うに当たって、子ども医療費支給制度に関する受給資格確認の必要が生じた場合、資格関係記録を閲覧することに同意します。

子どもの氏名	大治 花子
生 年 月 日	令和 2 年 5 月 5 日