

様式4

委任状

受任者 喜多方市長 様

私は、未熟児養育医療給付申請を行うにあたり、上記受任者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

記

- 未熟児養育医療の給付自己負担に伴う喜多方市子ども医療費助成の請求行為及びその受領に関する一切の権限
- なお、下記被扶養者に支給される乳幼児医療費については、未熟児養育医療に係る一部自己負担分に充当するよう申出をします。
- 未熟児養育医療の給付自己負担算定のため、担当職員が課税資料を閲覧する権限

年 月 日

(未熟児養育医療給付申請者)

住所

氏名



*喜多方市使用欄(申請者の方は記入しないでください。)

負担者番号	2	3	0	7	6	0	6	0	
受給者番号									
交付番号									
子ども	氏名						性別	男・女	
	生年月日	年 月 日							
養育医療期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで								