

様式第 6 号（第 6 条関係）

委 任 状

年 月 日

住所

委任者

氏名

私は、美深町長を代理人と定め、次の事項を委任します。

美深町乳幼児等医療費助成制度又はひとり親家庭等医療費助成制度に基づく医療費助成金の申請（請求）及び受領並びに未熟児養育医療給付における自己負担金として町に納入すること、並びにこれに関する一切の権限。

ただし、美深町乳幼児等医療費助成又はひとり親家庭等医療費助成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の範囲内に限る。

未熟児養育医療受給者氏名	
生年月日	

受任者 美深町長