

委任状及び承諾書

以下の内容を確認し、同意する場合は右欄にチェックを入れてください。

受任者	豊中市長		
私は、豊中市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。 また、未熟児養育医療給付自己負担金の決定に当たり、福祉医療について確認することが必要な場合には、担当課に照会することを承諾します。			確認済 ☒
委任状記入日	年 月 日		

記

私が豊中市に納付すべき未熟児養育医療給付自己負担金に係る、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。

〈委任者〉

承認を受けた医療助成の種類 (該当するものに ☒ をつけて下さい)	☐ こども	☐ ひとり親	☐ 障害者
医療証の受給者番号			
受給者氏名			
郵便番号			
住所			
申請者氏名			
電話番号			
電話番号 (昼間連絡先)			