

委任状及び承諾書

| | |
|-----|------|
| 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。

____年 ____月 ____日
(委任状記入日を入れてください)

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 | ⑩ (自署の場合は押印不要) |
| 電話番号 | |
| 電話番号 (昼間連絡先) | |