

0 様式第 4 号 (第 7 条関係)

委 任 状

行橋市中央一丁目 1 番 1 号
行橋市長

上記の者を私の代理人と定め次の行為を委任します。

未熟児養育医療費 (母子保健法第 2 1 条の 4) の自己負担金に係る行橋市子ども医療の支給に関する条例 (平成 9 年行橋市条例第 2 号) に基づく子ども医療費の行橋市に対する請求行為及びその受領に関する一切の権限

なお、代理人が受領した上記費用については、私が支払うべき上記自己負担金へ充当していただくよう申し出ます。

年 月 日

(養育医療給付申請者)

住 所

氏 名

㊞

子ども医療費
受給者番号

「注意事項」

未熟児養育医療自己負担金に対して充当することができるのは、保険適用の対象となる部分についてのみです。衣類代・おむつ代・ミルク代・聴覚スクリーニング代等は、保護者の負担となりますのでご了承ください。