

様式第 11 号 (第 14 条関係)

委任状

私は、おおい町未熟児養育医療の給付申請を行うにあたり、次の受任者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

| | |
|-----|---------|
| 受任者 | おおい町長 様 |
|-----|---------|

_____年 ____月 ____日
(委任状記入日を入れてください)

記

私がおおい町に納付すべき未熟児養育医療給付自己負担金に係るおおい町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〉

| | |
|-------|-----|
| 郵便番号 | |
| 住所 | |
| 申請者氏名 | (印) |
| 電話番号 | |

〈認定を受けた医療費助成〉

| | |
|--------------------------|--------------|
| 種類 (該当するものに○をつけてください) | 子育て・母子・父子・障害 |
| 受給者証の受給者番号 | |
| 助成対象者氏名 | |