

様式第4号（第2条関係）

委任状

私は、宇土市浦田町51番地 宇土市長に、未熟児養育医療の給付に伴う子ども医療費の請求及び受領に関する一切の権限を委任します。

年 月 日

委任者 住所

氏名

| | | |
|------------------|-------|-------|
| 子ども医療費受給者 証番号 | | |
| 乳児氏名 | | |
| 医療機関名 | | |
| 診療年月日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| | 年 月 日 | 年 月 日 |
| | 年 月 日 | 年 月 日 |
| | 年 月 日 | 年 月 日 |
| | 年 月 日 | 年 月 日 |
| | 年 月 日 | 年 月 日 |