

委 任 状

安来市長 様

受任者 住所
氏名

上記の者を私の代理人と定め、次の行為を委任します。

母子保健法第 21 条の 4 に基づく未熟児養育医療費の自己負担金に係る子ども医療費
助成金の安来市長に対する請求行為及びその受領に関する一切の権限

年 月 日

（養育医療給付申請者）

住 所

氏 名

子ども医療費受給
資格証記号番号 []