

委任状

年 月 日

委任者 住所 幌泉郡えりも町字

氏名

印

私は、えりも町長を代理人と定め、下記の事項を委任します。

記

乳幼児等医療費助成制度、ひとり親家庭等医療費助成制度、重度心身障がい者医療費助成制度に基づく医療費助成金の申請（請求）及び受領並びに未熟児養育医療給付における自己負担金として町に納付をすること、並びにこれに関する一切の権限。

ただし、乳幼児等医療費助成制度、ひとり親家庭等医療費助成制度、重度心身障がい者医療費助成制度の受給者でかつ未熟児養育医療給付受給者である期間中の、未熟児養育医療給付における自己負担金の額の範囲内に限る。

受任者 えりも町長

養育医療受給者氏名	
生 年 月 日	令和 年 月 日
養育医療受給者番号	
医療給付事業受給者番号	