

(様式9号)

委 任 状

由布市長 殿

私は、上記の者に対して、下記の者が受けた未熟児養育医療に係る子ども医療費助成金の受領並びに未熟児養育医療費負担金の納付に関する権限を委任します。

記

子ども 氏名 _____

年 月 日

委 任 者	住所	
	氏名	

保 険 者 名	被 保 険 者 証	
	記号	番号
事 業 所（ 勤 務 先 ） の 名 称		

子 ど も 医 療 費 助 成 金 受 給 者 番 号							確認者