

委任状兼同意書

年 月 日

(あて先) 東御市長

申請者 (委任者)

住 所 東御市

氏 名 _____ ⑩

乳児の氏名 _____

生年月日 _____ 年 月 日

福祉医療費受給者番号

私は、東御市長を代理人と定め、福祉医療費給付金に関する次の事項を委任します。
また、委任するに当たり、私の福祉医療給付金及び未熟児養育医療給付に関する情報
について、照会・調査・閲覧することに同意します。

- 1 福祉医療費給付事業に基づく福祉医療費給付金の申請・請求・受領に関すること
- 2 福祉医療費給付金の受領後に未熟児養育医療一部負担金の一部に納付すること
に関する一切の権限