

様式第4号(第5条関係)

委 任 状

私は、宇城市松橋町大野85番地 宇城市長（医療保険課長扱い）に、未熟児養育医療の給付に伴うこども医療費の請求並びに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 (※)

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

こども医療受給者番号				
乳 児 氏 名				
医 療 機 関 名				
診 療 年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
	年 月	年 月	年 月	年 月
	年 月	年 月	年 月	年 月