

## 委任状兼同意書

受任者	常滑市長
-----	------

私は、未熟児養育医療給付申請を行うにあたり、上記、受任者を代理人と定め、次の事項を委任します。

年 月 日

- 常滑市子ども医療費支給制度に基づく医療費支給の申請・受領に関すること。
- 医療費支給額を未熟児養育医療自己負担金に充てること。

ただし、常滑市子ども医療費支給制度の受給者で、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に限る。

上記の委任事項を行うにあたり、子ども医療費支給制度に関する受給資格確認の必要が生じた場合、資格関係記録を閲覧することに同意します。

委任者（保護者） 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

子ども氏名	
生年月日	
子ども医療 受給者番号	