

乳幼児等医療費受領委任状

年 月 日

委任者

住 所

氏 名

乳幼児氏名	
乳幼児等医療費受給番号	
未熟児養育医療給付申請期間 (診療予定期間)	年 月 日 ～ 年 月 日

私は、未熟児養育医療自己負担額に対する乳幼児等医療費の受領を庄原市長に委任します。

なお、未熟児養育医療自己負担額が乳幼児等医療費を超える場合は、超過した額を庄原市へ支払うこととします。

受任者

庄原市中本町一丁目 10 番 1 号

庄原市長