

委任状

(受給者) _____ の未熟児養育医療の自己負担金の
納付と、これに関連した福祉医療費の給付に関する手続きの一切を
委任いたします。

令和 年 月 日

鹿 角 市 長

委任者氏名	
(扶養者)	
受給者氏名	
住所	

印