

様式第15号（第10条関係）

受領等委任状兼申出書

年 月 日

銚田市長 様

委任者（未熟児養育医療給付保護者）

住 所

氏 名

印

受給者との続柄

医療福祉対象者名

医療福祉受給者番号

私は、母子保健法第21条の4に基づく未熟児養育医療の自己負担金に係る銚田市医療福祉費支給制度への銚田市に対する申請・請求及びその受領に関する一切の権限を次の代理人に委任します。

また、代理人が受領した上記給付金については、私が支払うべき上記自己負担金へ充当していただくよう申し出ます。

記

（代理人） 銚 田 市 長