

委 任 状

岐南町長 様

上記の者を私の代理人と定め、下記の行為を委任します。

母子保健法（昭和40年法律第141号）第21条の4に基づく未熟児養育医療の給付にかかる費用の徴収に対して、岐南町福祉医療費助成に関する条例に基づく助成として岐南町長に対する福祉医療費支給申請およびその受領に関する一切の権限

年 月 日

(福祉医療受給者)

住 所 _____

氏 名 _____

(署名又は記名押印)

受給資格者との続柄 _____

福祉医療費受給資格者氏名	
福祉医療費助成制度名	
福祉医療費受給資格者番号	