

未熟児養育医療に関する 承諾書及び委任状

| | |
|-----|-------|
| 受任者 | 岸和田市長 |
|-----|-------|

1 私は、未熟児養育医療給付自己負担金の決定にあたり、本人（乳児）の福祉医療（子ども医療またはひとり親家庭医療）の受給状況について確認されることを承諾します。

また、岸和田市に未熟児養育医療給付申請を行なうにあたり、上記受任者を代理人と定め、岸和田市に納付すべき未熟児養育医療給付自己負担金に係る、福祉医療給付の助成申請及び助成金の受領に関する一切の権限を委任します。

2 未熟児養育医療券の写しを岸和田市長が指定養育医療機関に送付することを承諾します。

令和・西暦 年 月 日

委任者（申請者） 住所 岸和田市
(扶養義務者)
氏名

| | |
|---------------------------------------|------------|
| 本人（乳児）氏名 | |
| 承認を受けた福祉医療助成の種類 【該当するものに○をつけてください】 | 子ども ・ ひとり親 |
| 医療証の受給者番号 | |