様式第５号(第６条、第８条、第９条、第10条関係)

委　任　状

甲斐市長　　様

私は、貴殿を代理人と定め、未熟児養育医療の給付に係る母子保健法第２１条の４の規定に基づく扶養義務者自己負担金について、甲斐市の医療費助成金支給条例に基づく支給申請及び受領に関する権限を委任しますので、それにより自己負担金に充当して下さい。

ただし､委任した権限によっても甲斐市の医療費助成を受けられない場合は、別途送付される納入通知書により自己負担金を支払います。

養育医療給付申請対象者氏名 (児童の氏名)	男・女 (生年月日　　年　　月　　日)
希望する指定養育医療機関の名称	
養育医療に係る診療予定期間	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日
こども医療費受給資格者証(※)の受給者番号 こども医療費受給資格者証(※)の写しを添付してください。	

※ひとり親家庭医療費受給資格者証等の交付を受けている場合は、ひとり親家庭医療費受給者証等について記載する。

年　　月　　日

申請者(扶養義務者)

住　所

氏　名

(受給者との続柄　　)

※扶養義務者とこども医療費受給資格証の保護者が違う場合以下にも署名

保護者

住　所

氏　名

(受給者との続柄　　)