委　任　状

　　　年　　　月　　　日

津　島　市　長　様

住所

　　　　氏名

（子どもとの続柄　　　　　　　　　　）

私は、津島市長を代理人と定め、子ども医療費助成制度及び未熟児養育医療

給付に関する次の事項を委任します。

* 子ども医療費助成制度に基づく医療費助成金の申請・請求・受領に

関すること。

・未熟児養育医療費自己負担金に関する一切の権限。

子ども氏名

生年月日　　　　　　年　　　月　　　日

（子ども医療費受給者証番号　３０９－　　　　　　　　）