



委任状

日付を記入してください。

令和 年 月 日

(宛先) 小 牧 市 長

(委任者)

子ども医療費助成制度の
受給者（保護者）の住所
・氏名等を記入してください。

住所 小牧市堀の内三丁目**番地

氏名 小 牧 太 郎

(受療者との続柄 父)

電話 0 5 6 8 - ** - ****

私は、小牧市長を代理人と定め、子ども医療費助成金の交付及び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。
- ・ 養育医療費自己負担金に関する一切の権限。

養育医療の対象者（入院中のお子様）の氏名等を記入してください。

(受療者) 氏 名 小牧 あゆみ

生年月日 令和 N年 7月 1日

性 別 男 ・ 女

受給者番号

受給者番号の記入は不要です。

養育医療については、所得に応じて自己負担金が発生しますが、その自己負担金は、子ども医療費扶助制度で精算するため、この委任状の提出が必要となります。

委 任 状

令和 年 月 日

(宛先) 小 牧 市 長

(委任者)

住所 _____

氏名 _____

(受療者との続柄)

電話 _____

私は、小牧市長を代理人と定め、子ども医療費助成金の交付及び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。
- ・ 養育医療費自己負担金に関する一切の権限。

(受療者) 氏 名 _____

生年月日 令和 年 月 日

性 別 男 ・ 女

受給者番号 _____