

扶養義務者負担金に係る委任状

令和 年 月 日

南城市長 殿

委任者 住 所

氏 名

私は、南城市長に、未熟児養育医療の給付に伴う子ども医療費の
請求並びに受領に関する一切の権限を委任します。

子ども医療証番号				
乳児氏名				
医療機関名				
診療年月日	年 月	年 月	年 月	年 月
	年 月	年 月	年 月	年 月
	年 月	年 月	年 月	年 月