

委 任 状

私は、糸満市潮崎町 1 丁目 1 番地 糸満市長に、未熟児養育医療の給付に伴う糸満市こども医療費助成金の請求並びに受領に関する一切の権限を委任します。

平成 年 月 日

委任者 住所

氏名 印

こども医療費受給資格者証番号	
対象こども（未熟児）氏名	
医療機関名	
診療年月日	平成 年 月 日～平成 年 月 日
	平成 年 月 日～平成 年 月 日
	平成 年 月 日～平成 年 月 日
	平成 年 月 日～平成 年 月 日