委任状

私は、南越前町未熟児養育医療の給付申請を行うにあたり、次の受任者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

| 受任者 南 越 前 町 長 様 | | I | | | | | | | |
|--|--|------|--------|----|-----|------|----------|--|----------|
| 記 私が南越前町に納付すべき未熟児養育医療給付自己負担金に係る南越前町医療費業の助成申請及び助成金の受領に関する一切の権限 〈委任者〉 郵便番号 住所 申請者氏名 電話番号 〈認定を受けた医療費助成〉 | 受任者 | 南 | i 越 | 前 | 町 | 長 | 様 | | |
| 記 私が南越前町に納付すべき未熟児養育医療給付自己負担金に係る南越前町医療費業の助成申請及び助成金の受領に関する一切の権限 〈委任者〉 郵便番号 住所 申請者氏名 電話番号 〈認定を受けた医療費助成〉 | | | | | | | /T: | | П |
| 記 私が南越前町に納付すべき未熟児養育医療給付自己負担金に係る南越前町医療費者の助成申請及び助成金の受領に関する一切の権限 〈委任者〉 郵便番号 住所 申請者氏名 電話番号 〈認定を受けた医療費助成〉 | | | | | | (禾仁川 | · | | , |
| 私が南越前町に納付すべき未熟児養育医療給付自己負担金に係る南越前町医療費者の助成申請及び助成金の受領に関する一切の権限 《委任者》 郵便番号 住所 申請者氏名 電話番号 《認定を受けた医療費助成》 | | | | | | (女山小 | (正)(口 で) | \\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ | - C (') |
| の助成申請及び助成金の受領に関する一切の権限 (委任者) 郵便番号 住所 申請者氏名 電話番号 (認定を受けた医療費助成) 種類 | | | 記 | | | | | | |
| 郵便番号 住所 申請者氏名 | | | | | 己負 | 負担金 | に係る南起 | 或前町医》 | 寮費給付 |
| 郵便番号 住所 申請者氏名 | ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, | | | | | | | | |
| 住所 申請者氏名 電話番号 (認定を受けた医療費助成) 種類 | 〈委任者〉 | , | | | | | | | |
| 申請者氏名 電話番号 (認定を受けた医療費助成) 種類 | 郵便番号 | | | | | | | | |
| 電話番号 〈認定を受けた医療費助成〉 種類 | 住所 | | | | | | | | |
| 《認定を受けた医療費助成》 | 申請者氏名 | | | | | | | | (EII) |
| 種類 | 電話番号 | | | | | | | | |
| 種類 | | 1 | | | | | | | |
| 種類 | | | | | | | | | |
| (該当するものに○をつけてください) 「「子とも・母」子・父「子・障」書 | | ださい) | | 子と | *t. | 母 - | 子・父 子 | - • 障 : | Ė |
| 受給者証の受給者番号 | 受給者証の受給者番号 | | | | | | | | |
| 助成対象者氏名 | 助成対象者氏名 | | | | | | | | |