

# 委任状

(受給者) \_\_\_\_\_の未熟児養育医療の自己負担金の納付と、これに対する福祉医療費の給付に関する手続き一切を委任いたします。

令和    年    月    日

潟上市長    様

委任者    住所 \_\_\_\_\_  
(扶養者) \_\_\_\_\_