

# 乳幼児医療費受領委任状

年 月 日

委任者

住 所 吳市

申請者（世帯主）

乳幼児医療受給者名

乳幼児医療受給者番号

私は、 年 月 日分以降の未熟児養育医療自己負担額に対する乳幼児医療費の受領を吳市長に委任します。

なお、乳幼児医療費により未熟児養育医療自己負担額が全額賄えないときは、申請者が不足分を吳市（保健所地域保健課）へ支払うこととします。

受任者 吳 市 長

（保健所地域保健課）