

# こども医療費等受領委任状

年 月 日

委任者

住 所 吳市

申請者（世帯主）

こども医療費等受給者名

こども医療費等受給者番号

私は、未熟児養育医療自己負担額について、

こども医療費  
重度心身障害者医療費  
ひとり親家庭等医療費

の受領を吳市長に委任します。

なお、こども医療費等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）