別記第4号様式（第5条関係）

委　任　状

　私は、長洲町長（養育医療担当課）に、未熟児養育医療の給付に伴う子ども医療費の請求及び受領に関する一切の権限を委任します。

　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　委任者　　 住　所

　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |
| --- | --- |
| 子ども医療費  受給者証番号 |  |
| 子ども氏名 |  |
| 医療機関名 |  |
| 診療期間  （委任期間） | 年　　　　月診療分から　　　　　年　　　　月診療分まで |