

様式第15号（第16条関係）

養育医療費用徴収月額代理受領委任状及び承諾書

年 月 日

塩竈市長 殿

(委任者) 住 所
氏 名 印

私は、塩竈市未熟児養育医療給付申請を行うに当たり、塩竈市長を代理人と定め、下記の権限を委任します。

また、未熟児養育医療自己負担金の決定に当たり、子ども医療費助成の受給資格等について確認することが必要な場合には、子ども医療費助成の担当部署に照会することを承諾します。

記

私が塩竈市に納付すべき未熟児養育医療自己負担金に係る、子ども医療費の助成申請及び助成金の受領に関する一切の権限

- 1 医療費助成の受給者番号
- 2 医療費助成の受給対象者氏名

