様式第４号（第３条関係）

**子ども医療費助成に係る委任状**

　　私は、養育医療の給付に伴う、子ども医療費助成の請求並びに受領に関する一切の権限を水俣市長（いきいき健康課長取り扱い）に委任します。

　　　　　年　　　　月　　　　日

　　　　　委任者　　　住　所

　　　　（扶養義務者）

　　　　　　　　　　　　　氏　名（自署又は記名押印）　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |
| --- | --- |
| 子ども医療費受給者番号 | 　　　　　　水市－ |
| 対 象 児 氏 名 |  |
| 指定養育医療機関名称 |  |
| 診　療　年　月 | 年　　　月 | 年　　　月 | 年　　　月 |
| 年　　　月 | 年　　　月 | 年　　　月 |
| 年　　　月 | 年　　　月 | 年　　　月 |
| 年　　　月 | 年　　　月 | 年　　　月 |