

委任状

年 月 日

長崎市長 様

私は、上記の者に対して、下記の者が受けた未熟児養育医療に係るこども福祉医療費の申請、請求、受領に関する権限を委任します。

記

乳幼児氏名 _____ (年 月 日生)

委任者	住所	
	氏名	

保険者名	被保険者等	
	記号	番号
事業所（勤務先）の名称		