

様式第 14 号 (第 13 条関係)

委任状

私は、南越前町未熟児養育医療の給付申請を行うにあたり、次の受任者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

受任者	南 越 前 町 長 様
-----	-------------

令和元 年 4 月 2 日
(委任状記入日を入れてください)

記

私が南越前町に納付すべき未熟児養育医療給付自己負担金に係る南越前町医療費給付の助成申請及び助成金の受領に関する一切の権限

〈委任者〉

郵便番号	919-0292
住所	南条郡南越前町東大道 29-1
申請者氏名	南越前 太郎 
電話番号	0778-47-8007

〈認定を受けた医療費助成〉

種類 (該当するものに○をつけてください)	<input checked="" type="radio"/> 子ども ・ 母 子 ・ 父 子 ・ 障 害
受給者証の受給者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇
助成対象者氏名	南越前 次郎

お子さんが認定を受けている医療費助成についてご記入ください。