

委任状及び承諾書

受任者：深谷市長

私は、未熟児養育医療費自己負担金についてこども医療費、ひとり親家庭等医療費又は重度心身障害者医療費（以下「こども医療費等」という。）に係る支給を受けるあたり、上記、受任者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

また、自己負担金に係るうち、高額療養費、附加給付金を受けられる場合、深谷市に返還することを承諾します。

____年 ____月 ____日
(委任状記入日を入れてください)

記

私が深谷市に納付すべき未熟児養育医療給付自己負担金に係る、こども医療費等支給申請及び支給の受領に関する一切の権限。

<委任者>

こども医療費等受給者番号 _____

こどもの氏名 _____

受給者氏名 (父) _____

印 (母) _____

印 _____

受給者住所 _____

電話番号 _____

電話番号 (昼間連絡先) _____