

## 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) \_\_\_\_\_