様式第４号（第５条関係）

委　任　状

私は、産山村長（養育医療担当課）に、未熟児養育医療の給付に伴う乳児医療費の請求並びに受領に関する一切の権限を委任します。

　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　委任者　　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |
| --- | --- |
| 乳幼児医療費  受給者番号 |  |
| 乳 児 氏 名 |  |
| 医 療 機 関 名 |  |
| 診療期間  （委任期間） | 年　　月診療から　　　年　　月診療まで |