

乳幼児等医療費支給委任状

年 月 日

三 原 市 長 様

申請者（受給者）

住 所 _____

名 前 _____ ㊞

※本人が手書きした場合は、押印不要です。

（乳幼児との続柄 _____）

三原市乳幼児等医療費支給条例第6条第1項の規定に基づき、次のとおり未熟児養育医療給付に係る扶養義務者一部負担金に相当する額の乳幼児等医療費の支給を申請します。

なお、私の被扶養者である _____ に支給される乳幼児等医療費については未熟児養育医療給付に係る扶養義務者一部負担金に充当するよう委任します。

乳 幼 児	名 前	男 ・ 女
	住 所	
	生 年 月 日	年 月 日
乳幼児等医療費受給者番号		
未熟児養育医療給付申請期間 ※意見書に記入されている診療予定期間を記入		年 月 日～ 年 月 日