

委 任 状

私は、中川村長を代理人と定め、次の行為を委任します。

母子保健法第21条の4の規定に基づく未熟児養育医療の給付にかかる費用の徴収に対して、中川村福祉医療費助成に関する条例に基づく福祉医療費の支給申請及びその受領に関する一切の権限。

年 月 日

(申請者)

住 所 _____

氏 名 _____

(福祉医療受給資格者)

受給資格者番号 _____

住 所 _____

氏 名 _____

申請者との続柄 _____