

## 委任状及び同意書

私は、天理市未熟児養育医療給付申請を行うにあたり、下記の項目に同意をします。

○ 指定養育医療機関及び天理市未熟児訪問指導担当課への申請情報提供

また、下記受任者を代理人と定め、私が天理市に納付すべき未熟児養育医療給付自己負担金については、福祉医療費助成制度により支払われる助成金と相殺することを委任及び同意します。

(医療助成対象者)

同意を受ける医療助成の種類 (該当するものに○をつけて下さい)	子ども ・ ひとり親
受給資格者証の番号	
乳児の氏名	
乳児の生年月日	令和 年 月 日
乳児の住所	天理市 町
電話番号	
電話番号（日中連絡先）	

令和 年 月 日

委任及び同意者 住 所

氏 名

受 任 者 天理市長 並 河 健 様