

受領等委任状兼申出書

名張市長 宛て

名張市が行う医療費助成制度の対象者に該当する場合は、名張市未熟児養育医療の給付に関する規則第11条の規定に基づき、未熟児養育医療の給付に係る自己負担金に関する医療費の助成について、その申請及び受領を委任します。

また、名張市医療費助成制度の助成金を受領後は、当該自己負担金に充当するよう申し出ます。

受給者氏名	男・女 (生年月日 年 月 日)
養育医療給付申請期間	年 月 日～ 年 月 日
福祉医療費 受給資格証番号	(種別) (番号)

年 月 日

(名張市が行う医療費助成制度の申請者(扶養義務者))

住所 (〒 - )

名張市

氏名 (印)

(受給者との続柄)

(電話番号 - - )

※ 「養育医療給付申請期間」欄には、養育医療意見書に記入されている診療予定期間を記入してください。