

様式第5号（第5条関係）

委任状

令和 年 月 日

嘉手納町長 殿

申請者 住 所

氏 名 印

電話番号

私は、子ども医療費助成制度及び未熟児養育医療給付制度に係る自己負担金に関する次の事項を委任します。

- 1 子ども医療費助成制度に基づく医療費助成金の申請、請求、受領に関すること
- 2 子ども医療費助成金を受領後に未熟児養育医療自己負担金に充てること
- 3 未熟児養育医療自己負担金に関する一切の権限

ただし、子ども医療費助成制度の受給者でかつ未熟児養育医療費給付受給者である期間中の、未熟児養育医療給付における自己負担金の額に限る。

受療者氏名	
受療者生年月日	令和 年 月 日

## 記入例

様式第5号（第5条関係）

委任状

令和 2年 2月10日

嘉手納町長 殿

申請者 住 所 嘉手納町字嘉手納588番地

氏 名 嘉手納 一郎 印

電話番号 098-956-1111

私は、子ども医療費助成制度及び未熟児養育医療給付制度に係る自己負担金に関する次の事項を委任します。

- 1 子ども医療費助成制度に基づく医療費助成金の申請、請求、受領に関すること
- 2 子ども医療費助成金を受領後に未熟児養育医療自己負担金に充てること
- 3 未熟児養育医療自己負担金に関する一切の権限

ただし、子ども医療費助成制度の受給者でかつ未熟児養育医療費給付受給者である期間中の、未熟児養育医療給付における自己負担金の額に限る。

受療者氏名	嘉手納 太郎
受療者生年月日	令和 2年 2月 5日