

こども医療費助成に係る委任状

私は養育医療の給付に伴うこども医療費助成の請求並びに受領に関する一切の権限を

八代市長（こども家庭支援課長取扱い）に委任します。

令和 年 月 日

委任者 住所
(保護者)

氏 名

こども医療費 受給資格者番号	八市こ支第			号
対 象 児 氏 名				
指 定 養 育 医 療 機 関 名 称				
診 療 年 月	年 月	年 月	年 月	
	年 月	年 月	年 月	
	年 月	年 月	年 月	
	年 月	年 月	年 月	