

委任状及び同意書

年 月 日

私は、未熟児養育医療給付申請を行うにあたり、奈良市長を代理人と定め、下記の権限を委任します。

また、未熟児養育医療給付自己負担金の決定にあたり、子ども医療費助成制度、ひとり親家庭等医療費助成制度、心身障害者医療費助成制度（以下、医療費助成制度）について確認することが必要な場合は、担当課に照会することに同意します。

記

私が、奈良市に納付すべき未熟児養育医療給付自己負担金に係る医療費助成制度の申請・請求・受領に関する一切の権限。

受任者 奈良市長

委任者

医療費助成の種類 (該当するものに○をつけてください)		子ども ・ ひとり親 ・ 心身障害者		
医療証の受給者番号				
受給者氏名				
住 所	〒			
申請者氏名 (扶養義務者)	④			
電話番号	自宅		携帯	

※医療費助成制度の医療証の写しを添付してください。