

受 領 委 任

年 月 日

委任者（保護者）

住 所

氏 名 _____ ㊞

私が申請した （受給者） の子ども医療費助成金の受領について下記の者に委任します。

受任者

住 所

氏 名 _____ ㊞

医療費の受領を他の人に委任しない場合は提出の必要はありません。