

受 領 委 任

年 月 日

委任者（受給者）

住 所

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞

私が申請した （受給者） のひとり親家庭等医療費助成金の  
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。