

第4号様式（第2条第1項）

委 任 状

私は、酒々井町長に、養育医療の給付に伴う子ども医療費助成金の請求並びに受領に関する一切の権限を委任します。

年 月 日

委任者 住 所

氏 名

㊟

子ども医療費助成 受給者番号				
乳児氏名				
医療機関名				
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