

未熟児養育医療の自己負担金
と福祉医療費の委任について

(受給者) _____ の未熟児養育医療の自己負担金の納付と、これに
対する福祉医療費の給付に関する手続き一切を委任いたします。

年 月 日

秋 田 市 長 様

委 任 者 _____ 住所 _____
(扶 養 者) _____

氏名 _____

受 給 者 _____ 氏名 _____

未熟児養育医療券番号 _____

福祉医療費受給者証番号 _____