

# 委任状及び承諾書

受任者	柏原市長
-----	------

私は、柏原市未熟児養育医療給付申請を行うにあたり、上記、受任者を代理人と定め、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当たり、福祉医療について確認することが必要な場合には、関係部署に照会することを承諾いたします。

令和 年 月 日  
(委任状記入日を入れてください)

## 記

私が柏原市に納付すべき未熟児養育医療給付自己負担金に係る市福祉医療給付の助成申請及び助成金の受領に関する一切の権限。

### 〈委任者〉

承諾を受けた医療助成の種類 (該当するものに○をつけて下さい)	こども ・ ひとり親 ・ 障がい児
医療証の受給者番号	
受給者氏名	
郵便番号	
住 所	
申請者氏名	印
電話番号	
電話番号 (昼間連絡先)	