

委任状

私は、始良市宮島町 25 番地 始良市長 に、始良市養育医療給付自己負担金に係る、始良市子ども医療費の請求及び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

電話番号

氏名

子ども医療費助成金受給資格者番号

子ども医療記号番号	
子ども氏名	
医療機関名	