

重度障害・精神障害・ひとり親家庭等・乳幼児医療費受領委任状

年 月 日

委任者

住 所 安芸高田市

申請者

乳幼児医療受給者名.....

乳幼児医療受給者番号.....

私は、 年 月 日分以降の未熟児養育医療自己負担額に対する乳幼児医療費及び重度心身障害者医療費、精神障害者医療費、ひとり親家庭等医療費（以下「福祉医療費」という。）の受領を安芸高田市長に委任します。

なお、福祉医療費により未熟児養育医療費自己負担額が全額賄えないときは、申請者が不足分を安芸高田市へ支払うこととします。

受任者 安芸高田市長