

第4号様式（第3条関係）

委 任 状

令和 年 月 日

（宛先）春日井市長

申 請 者 住所 春日井市 _____

（扶養義務者） 氏名 _____

受療者との続柄 _____

受 療 者 氏名 _____

生年月日 令和 年 月 日

子ども医療費受給者番号 _____

私は、春日井市長を代理人と定め、子ども医療費助成制度及び未熟児養育医療給付に関する次の事項を委任します。

- (1) 子ども医療費助成制度に基づく医療費助成金の申請、請求及び受領に関すること。
- (2) 未熟児養育医療費自己負担金に関する一切の権限