

## 同意書及び委任状

受任者	王 寺 町 長
-----	---------

私は、王寺町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、下記のことについて同意・委任します。

平成 年 月 日  
(委任状記入日を入れてください)

### 記

- 1 王寺町国保健康推進課が母子保健法第21条の4第1項に基づく事務手続を処理するために限って、平成 年度の地方税関係情報について取得することの同意
  
- 2 王寺町に納付すべき未熟児養育医療給付自己負担金に係る、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の委任

### 〈同意者・委任者〉

①	氏 名	Ⓜ	個人番号	
	電話番号 (昼間連絡先)		生年月日	
	住 所	〒		
②	申請者氏名	Ⓜ	個人番号	
	電話番号 (昼間連絡先)		生年月日	
	住 所	〒		

### 〈受給者〉

承認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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ こども</li> <li>・ ひとり親</li> <li>・ 障がい児</li> </ul>	医療証の 受給者番号	
氏 名		個人番号	
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒	生年月日	