

# 養育医療委任状兼同意書

私は、佐久市長を代理人と定め、福祉医療費給付金に関する次の事項を委任します。

また、委任にあたり、私の福祉医療費給付金及び未熟児養育医療給付に関する情報について、照会・調査・閲覧することに同意します。

- 1 佐久市福祉医療費給付金条例の規定に基づき支給される給付金を未熟児養育医療一部負担金に充当すること

年 月 日

(宛先) 佐久市長

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
(委任者)

氏名 \_\_\_\_\_

受給者 氏名 \_\_\_\_\_

福祉医療費受給者証番号 \_\_\_\_\_