

同意書及び委任状

年 月 日

五 條 市 長 様

同意及び委任者

住 所

氏 名

私は、五條市長が養育医療給付申請書及び養育医療意見書に記載された個人情報を、指定医療機関及び五條市未熟児訪問指導担当課へ提供することに同意します。

また、私は五條市長を代理人と定め、乳幼児医療費助成制度・ひとり親家庭等医療費助成制度（以下「医療費助成制度」という。）に関する下記の権限を委任します。

記

- 1 医療費助成金を未熟児養育医療自己負担金に充てること。
- 2 未熟児養育医療自己負担金に関する一切の権限

福祉医療費助成の種類	乳幼児医療 ・ ひとり親家庭等医療
福祉医療証の 受給者番号	
受給者の氏名・生年月日	年 月 日生
受 給 者 の 住 所	