

# 委任状

令和 年 月 日

伊那市長 吉田 浩之 様

住 所 \_\_\_\_\_

申請者（委任者） 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

連絡先 \_\_\_\_\_

未熟児養育医療による福祉医療費給付金の支給について、下記の者を代理人と定め、療育医療一部負担金の受領に関する権限を委任します。

代理人（受任者） 住 所 \_\_\_\_\_ 伊那市下新田3050番地

氏 名 \_\_\_\_\_ 伊 那 市

連絡先 \_\_\_\_\_ 0265-78-4111