

未熟児養育医療の自己負担金  
と福祉医療費の委任について

(受給者) \_\_\_\_\_ の未熟児養育医療の自己負担金の納付と、これに対  
する福祉医療費の給付に関する手続き一切を委任いたします。

令和 年 月 日

(宛先)

湯 沢 市 長

委 任 者      住所 \_\_\_\_\_  
(扶 養 者)

氏名 \_\_\_\_\_

受 給 者      氏名 \_\_\_\_\_

未熟児養育医療券番号 \_\_\_\_\_

福祉医療費受給者証番号 \_\_\_\_\_