

受領委任及び承諾書

私は、福祉医療費助成制度によって支払われる福祉医療費助成金の受領について、菰野町に委任します。

また、菰野町が受領した福祉医療費助成金については、養育医療給付に伴う徴収金に充てることを承諾します。

菰野町長 あて

年 月 日

委任及び承諾者

住所 _____

名前 _____

対象となる児童

名前 _____ 男・女

生年月日 _____ 年 月 日

※福祉医療費助成制度とは、子ども医療・一人親家庭等医療等について助成される制度です。