

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、紀北町に委任します。

また、紀北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。

紀北町長

年 月 日

委任及び承諾者

住 所

氏 名

印

対象となる乳幼児

氏 名

性 別

男 ・ 女

生年月日

年

月

日生

*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。

*福祉医療費助成制度には所得制限がありますので対象外となる方もいます。その場合、後日徴収金を請求することになります。