様式１８

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **未熟児養育医療代理受領申請書** | | | | | | ①　受給者番号 | | | |
|  | | | |
| ②　被保険者の  　　氏名・生年月日・性別 |  | | | | | | | | |
| ③　電話番号 |  | | | | | | | | |
| ④　委任者 | 住所 | 奈良県磯城郡三宅町大字伴堂６８９ | | | | | | | |
| 氏名 | 三宅町長　森田　浩司 | | | | | | | |
| ⑤　振込先口座 | 振込先 | 銀行 | | 南都銀行 | | | 支店 | 川西支店 | |
| 種別 | | 普通 | | | 口座 | ００６８６４０ | |
| 名義人 | | ミヤケチョウカイケイカンリシャ | | | | | |
| 未熟児養育医療に関わる乳幼児医療費助成制度の助成金の受領について、  　　上記の委任者にその権限を委任します。 | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 住所 | | |  | | 三宅町大字 | | | |  |
| 受給者  （お子さまのお名前） | | |  | | 氏名 | | | |  |
| 申請者  （被保険者本人） | | |  | | 氏名 | | | |  |
| 続柄 | | |  | | （　　　　　　） | | | |  |
|  | | |  | |  | | | |  |