

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、東員町（子ども家庭課）に委任します。

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

東員町長 様

年 月 日

委任及び承諾者

住 所 東員町

氏 名 ⑩

対象となる児童

氏 名 (性別)

生年月日 年 月 日

※福祉医療費助成制度とは、子どもの医療費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。
その場合は、後日徴収金を請求することになります。