

様式第10号（第15条関係）

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の助成に係る費用（福祉医療費助成金）の受領について、母子保健法に規定する養育医療の給付に係る徴収金に充当する範囲において、一切の権限を亀山市長に委任します。

また、この委任に基づき亀山市長が受領した福祉医療費助成金については、養育医療の給付に係る徴収金に充当することを承諾します。

亀山市長 様

年 月 日

委任・承諾をする者

住 所

氏 名

⑩

受給資格者

氏 名

（性別）

（生年月日）

（記入に際しての注意事項）

この書類の提出後、福祉医療費助成金について養育医療の給付に係る徴収金に充当することができないこととなった場合、市から徴収金を請求することがあります。