

同意書

受任者	住所	千葉県浦安市猫実 1-1-1
	氏名	浦安市長 内田悦嗣

上記の者を私の代理人と定め、

1. 子ども医療費助成 2. ひとり親家庭等医療費等助成

の算定に係る高額療養費及び付加給付等に関して調査及び確認することに同意します。

令和 年 月 日

委任者 (被保険者)

住所

電話番号

氏名 _____