

助成金の代理受領に関する同意書

令和 年 月 日

留萌市長 様

保護者 住所

氏名

㊞

医師連絡文書作成料助成金について、留萌市立病院が保護者に代わって請求及び受領することに同意します。

1 児童氏名 _____

2 児童生年月日 _____年 月 日