

委任状兼同意書

令和 年 月 日

子ども医療費助成制度
ひとり親家庭等医療費助成制度
重度心身障がい者医療費助成制度

} 申請者の住所・氏名

住 所 倶知安町

保護者氏名 印

私は、倶知安町長を代理人と定め、子ども医療費助成制度、ひとり親家庭等医療費助成制度、重度心身障がい者医療費助成制度（以下、医療費助成制度）に関する次の事項を委任します。

- 医療費助成制度に基づく医療費助成金の申請・請求・受領に関すること。
- 医療費助成金を受領後に未熟児養育医療自己負担金の一部に充てること。
- 未熟児養育医療自己負担金に関する一切の権限。

ただし、医療費助成制度の受給者でかつ未熟児養育医療給付受給者である期間中の、未熟児養育医療給付における自己負担金の一部の額に限る。

また、上記の委任事項を行うにあたって、医療助成制度に関する受給資格確認の必要が生じた場合、資格関係記録を閲覧することに同意します。

受給者氏名

生 年 月 日 令和 年 月 日

受 任 者 倶知安町長 文 字 一 志

〈委任状について〉

未熟児養育医療給付では、母子保健法第21条の4の規定に基づき、扶養義務者から養育医療自己負担金を徴収しています。しかし、養育医療受給者が医療費助成制度の受給者である場合は、養育医療自己負担金の一部が各医療費助成制度の対象となるため、委任状を提出していただくことで、町の内部で自己負担金の一部を処理することができます。