様式第１６号（第１３条関係）

委 任 状 兼 同 意 書

　　蕨 市 長 あて

　　　私は、蕨市長を代理人と定め、蕨市こども医療費助成制度（以下「医療費助成制度」という。）に関する次の事項を委任します。

　　　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額に限ります。

* 医療費助成制度に基づく医療費助成金の支給申請・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

　　なお、委任した権限によっても医療費助成を受けられない場合は、別途貴市から送付される

　納入通知書により自己負担金を支払います。

　　また、上記の委任事項を行うに当たって、医療費助成制度に関する受給資格確認の必要が生じた場合、関係する担当課その他官公署に照会することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 養育医療給付申請対象者氏名  （児童の氏名） | 生年月日　　　　 年　 　月　　 日 | | | | | | |
| 入院している指定養育医療機関 |  | | | | | | |
| 養育医療に係る診療予定期間 | 年　　月　　日  ～　　年　　月　　日 | | | | | | |
| こども医療費受給資格者証の受給番号  ※こども医療費受給資格者証の写しを添付してください。 |  |  |  |  |  |  |  |

　　　　年　　月　　日

申請者（こども医療費受給資格者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

氏　名