

# 委任状兼同意書

令和 年 月 日

申請者の住所・氏名

住 所:大淀町大字

氏 名: ⑩

私は、大淀町長を代理人と定め、大淀町こども医療費助成制度、大淀町ひとり親家庭等医療費助成制度、大淀町心身障害者医療費助成制度（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:大淀町長

(裏)

## 誓 約 書

母子保健法第21条の4に基づく未熟児養育医療の給付にかかる自己負担金は、委任状により一部を大淀町こども医療費助成制度、大淀町ひとり親家庭等医療費助成制度、大淀町心身障害者医療費助成制度の各医療費助成制度より充てますが、各医療費助成制度において、1医療機関ごとに、1月500円、又は14日を超える入院は1月1,000円を限度に一部自己負担額を負担することになっていることから、この一部自己負担額について納入通知書が手元に届き次第、必ず納入期限までに支払うことを誓約いたします。

また、万一納付を怠った場合、地方税の滞納処分の例により差押などの滞納処分を受けることを了承します。

※ また、各医療費助成制度における資格確認の際、受給資格がない場合は、未熟児養育医療だけによる自己負担金額を支払います。

扶養義務者氏名：

印