

# 委任状兼同意書

私は、上尾市長を代理人と定め、こども医療費支給制度、ひとり親家庭等医療費支給制度、重度心身障害者医療費支給制度及び生活保護に関する次の事項を委任します。

- ・ 上尾市こども医療費支給条例に基づくこども医療費の支給の申請及び受領に関すること。
- ・ 上尾市ひとり親家庭等医療費支給条例に基づくひとり親家庭等医療費の支給の申請及び受領に関すること。
- ・ 上尾市重度心身障害者医療費支給条例に基づく重度心身障害者医療費の支給の申請及び受領に関すること。
- ・ こども医療費、ひとり親家庭等医療費又は重度心身障害者医療費を受領後に未熟児養育医療一部負担金に充てること。
- ・ 未熟児養育医療一部負担金に関する一切の権限。

※ただし、こども医療費支給制度、ひとり親家庭等医療費支給制度、重度心身障害者医療費支給制度又は生活保護の受給者で、かつ未熟児養育医療給付受給者である期間の未熟児養育医療給付における一部負担金に限る。

上記の委任事項を行うに当たっては、次の事項に同意します。

- ・ こども医療費受給資格、ひとり親家庭等医療費受給資格、重度心身障害者医療費受給資格及び生活保護受給資格を確認する必要がある場合、資格関係記録を取得閲覧すること。
- ・ 未熟児養育医療一部負担金について、保険者から付加給付金の支給があった場合は、それに相当する金額を返還すること。

未熟児養育医療費関係情報を上尾市未熟児訪問指導実施要領に基づく訪問指導事業へ提供することに同意します。

令和 年 月 日

住 所 上尾市

対 象 児 童 氏 名 \_\_\_\_\_

申 請 者 氏 名  
(自署または記名・押印) \_\_\_\_\_

受 任 者 上 尾 市 長

----- **《子ども支援課事務処理欄》** -----

未熟児養育医療受給者番号 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

( こども / ひとり / 重心 / 生保 ) / 時点 登録 ( 済 ・ 未 )

児童福祉システム入力