

# 委任状

令和 年 月 日

申請者（扶養義務者）

住 所

氏 名 印

受療者との続柄（ ）

電話番号 ー

私は、枚方市長を代理人と定め、子ども・ひとり親家庭・重度障害者各医療費助成制度（以下、子ども等医療費助成制度という）に関する次の事項を委任します。

- 子ども等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。
- 子ども等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、子ども等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。

子ども等医療費助成制度 受 給 者 氏 名

生年月日 令和 年 月 日

受 任 者 枚 方 市 長

## 〈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、枚方市が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、養育医療受給者が子ども等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、市で上記の処理をすることができます。