委 任 状 兼 同 意 書

私は、所沢市長を代理人と定め、子ども医療費助成制度に関する次の事項を委任します。

- 所沢市子ども医療費の助成に関する条例に基づき申請した医療費助成金の請求・受領に関すること。
- 子ども医療費助成金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、子ども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の、未熟児養育医療給付における一部負担金に限る。

また、上記の委任事項を行うにあたっては、次の事項に同意します。

- 子ども医療費受給資格を確認する必要が生じた場合、資格関係記録を閲覧すること。
- 未熟児養育医療一部負担金について健康保険組合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。

令和　　年　　月　　日

対象児童氏名（フリガナ）	
対象児童生年月日	令和　　年　　月　　日
申請期間	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで
申請者住所	所沢市
連絡先電話番号	
申請者氏名	
受任者	所沢市長

《こども家庭センター事務処理欄》

未熟児養育医療受給者番号							

決定期間	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで

《こども支援課事務処理欄》

子ども医療費受給者証番号							