

委 任 状

年 月 日

委 任 者	住 所	岩見沢市
	氏 名	
未 熟 児 養 育 医 療 受 給 者	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
	公費負担番号	

私は、岩見沢市長を代理人と定め、次の事項を委任します。

子どもの医療費助成制度、重度心身障害者医療費助成制度又はひとり親家庭等医療費助成制度に基づく医療費助成金の申請（請求）及び受領並びに未熟児養育医療給付における自己負担金として市に納付すること、並びにこれに関する一切の権限

ただし、岩見沢市子どもの医療費助成、重度心身障害者医療費助成又はひとり親家庭等医療費助成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の範囲内に限る。

受 任 者	岩見沢市長
-------	-------

※委任状について

未熟児養育医療受給者の保護者は、母子保健法第21条の4の規定に基づき、未熟児養育医療に係る費用の一部を未熟児養育医療負担金として、岩見沢市に納めていただくことになります。

しかし、養育医療の受給者が子どもの医療費助成、重度心身障害者医療費助成又はひとり親家庭等医療費助成の受給資格者となる場合は、当該負担金の全部又は一部が医療費助成の対象となります。

委任状をご提出いただくことで、保護者の方に当該負担金の一部又は全部を請求せず、市の内部で処理することができます。