

委任状

南アルプス市長 殿

私は、貴殿を代理人と定め、未熟児養育医療の給付に係る母子保健法第21条の4の規定に基づく扶養義務者自己負担金について、南アルプス市子ども医療費助成金支給条例（平成15年南アルプス市条例第128号）、南アルプス市ひとり親家庭医療費助成に関する条例（平成18年南アルプス市条例第13号）及び南アルプス市重度心身障害者医療費助成条例（平成15年南アルプス市条例第141号）による支給申請及び受領に関する権限を委任しますので、それにより自己負担金に充当して下さい。

その手続に当たり必要となる医療券に記載された情報及び医療機関からの医療費請求金額等の情報について、市担当課に対して提供することに同意します。

また、委任した権限によっても貴殿が市の医療費助成を受けられない場合は、別途貴殿から送付される納入通知書により自己負担金を支払います。

養育医療給付申請対象者氏名 (児童の氏名)	男・女 (生年月日 年 月 日)
希望する指定養育医療機関の名称	
養育医療に係る診療予定期間	年 月 日 ～ 年 月 日
医療費受給資格者証等の種類	
医療費受給資格者証等の受給者番号	

※医療費受給資格者証等の写しを添付してください。

年 月 日

申請者(扶養義務者)

住 所

氏 名

(受給者との続柄

印)

※扶養義務者と医療費受給資格証等の保護者が違う場合、以下にも署名

保護者

住 所

氏 名

(受給者との続柄

印)