

委任状兼同意書

私は、入間市長を代理人と定め、入間市母子保健法施行細則に基づく未熟児養育医療給付制度及び入間市子ども医療費の支給に関する条例に基づく子ども医療費支給制度に関する次の事項を委任します。

- 未熟児養育医療の費用徴収額である自己負担金に関する一切の権限。
- 子ども医療費の申請・請求・受領に関すること。
- 子ども医療費を受領後に未熟児養育医療の費用徴収額である自己負担金に充てること。

※ただし、子ども医療費支給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に限る。

私は、未熟児養育医療の費用徴収額である自己負担金を算定するにあたり、次の事項の確認を行うことに同意します。

- 子ども医療費支給制度に関する受給資格確認のため、資格関係記録を閲覧すること。
- 市県民税課税状況の確認をすること。また、下記の親族全員の情報を収集することについてもそれぞれ同意を得ています。

※課税状況確認とは、賦課期日に入間市在住である場合に限られます。

世帯調書に記載されている方の中で、16歳以上の方をご記入下さい。

住 所	氏 名

令和 年 月 日

対象児童 氏 名

生年月日

申 請 者 住 所 入間市

電話番号

氏 名

受 任 者 入間市長