

受領委任及び承諾書

1. 私は、福祉医療費助成制度によって支払われる福祉医療費助成金の受領について、桑名市(子ども未来局子ども総合センター)に委任します。
2. 子ども総合センターが受領した福祉医療費助成金については養育医療給付に伴う自己負担金に充てることを承諾します。
3. 養育医療自己負担金及び福祉医療費助成金算定にあたり、子どもの氏名・性別・生年月日・住所・保護者名・保険・診療月・総医療点数・入院日数・医療機関名・自己負担額を桑名市(子ども未来局子ども未来課)に送付されることに同意します。

桑名市長

年 月 日

委任及び承諾者

住 所 _____

氏 名 _____

対象となる子ども

氏 名 _____ 男・女 _____

生年月日 _____ 年 月 日

※ 福祉医療費助成制度とは、子ども医療費・一人親家庭等医療費等について助成される制度です。

※ 福祉医療費助成制度の受給対象者の方で、加入している医療保険者から家族療養附加金等が給付される場合は、その給付分について後日自己負担金を請求することになります。