

## 受領委任及び承諾書

私は、桑名市長を代理人と定め、福祉医療費助成制度に関する次の事項を委任します。

- 福祉医療費助成制度に基づく福祉医療費助成金の申請・請求・受領に関すること。
- 福祉医療費助成金を受領後に未熟児養育医療自己負担金の一部に充てること。
- 未熟児養育医療自己負担金に関する一切の権限。

ただし、福祉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中の、未熟児養育医療給付における自己負担金の一部の額に限る。

また、上記の委任事項を行うに当たって、福祉医療費助成制度に関する受給資格確認の必要が生じた場合、資格関係記録を閲覧することに同意します。

(受任者) 桑名市長 宛

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付加金等が給付される場合は、その給付分について後日、市から自己負担金を請求することがあります。