

委任状兼同意書

令和 年 月 日

こども医療費助成制度
ひとり親家庭医療助成制度
重度障がい者医療費助成制度 } 申請者の住所・氏名

住所 大阪市 区

氏名

私は、大阪市長を代理人と定め、こども医療費助成制度、ひとり親家庭医療費助成制度、重度障がい者医療費助成制度（以下、医療費助成制度）に関する次の事項を委任します。

- 医療費助成制度に基づく医療費助成金の申請・請求・受領に関すること。
- 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、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あたって、医療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。

受給者氏名

生年月日 令和 年 月 日

受任者 大阪市長

〈委任状について〉

未熟児養育医療給付では、母子保健法第21条の4の規定に基づき、保健所が扶養義務者から養育医療自己負担金を徴収しています。しかし、養育医療受給者が医療費助成制度の受給者である場合は、養育医療自己負担金の一部が各医療費助成制度の対象となるため、委任状を提出していただくことで、市の内部で自己負担金の一部を処理することができます。

誓 約 書

母子保健法第 2 1 条の 4 に基づく未熟児養育医療の給付にかかる自己負担金は、委任状により一部をこども医療・ひとり親家庭医療・重度障がい者医療の各医療費助成制度より充てますが、各医療費助成制度において、ひと月 1 医療機関ごとに、1 日 5 0 0 円以内で 2 日を限度に一部自己負担額を負担することになっていることから、この一部自己負担額について納入通知書が手元に届き次第、必ず納入期限までに支払うことを誓約いたします。

また、万一納付を怠った場合、地方税の滞納処分の例により差押などの滞納処分を受けることを了承します。

※ また、各医療費助成制度における資格確認の際、受給資格がない場合は、未熟児養育医療だけによる自己負担金額を支払います。

令和 年 月 日

扶養義務者氏名

印