

(様式1)

委任状

平成 年 月 日

知内町長 様

委任者（保護者）住所 知内町字

氏名 印

私は、知内町生活福祉課長を代理人と定め、次の事項を委任します。

知内町の子ども医療費助成制度またはひとり親家庭等医療費助成制度に基づく医療費助成金の申請（請求）及び受領並びに未熟児養育医療給付における徴収金を町に納付をすること、並びにこれに関する一切の権限

受給者氏名	
未熟児養育医療給付申請期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日
医療費助成の区分 及び受給者番号	区 分 : 子ども ・ ひとり親 受給者番号 :

〈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、申請者から費用の全部または一部を自己負担金として知内町が徴収させていただいております。しかし、養育医療受給者が子ども医療費助成またはひとり親家庭等医療費助成の受給者である場合は、徴収金額が助成の対象（食事代を除く。）となるため、委任状を提出していただくことで、保護者に請求を行わず町の内部で処理することができます。