

委任状兼同意書

私は、未熟児養育医療給付制度に係る自己負担金に関する事務を、北本市が行うことについて、以下のとおり委任及び同意します。

1 委任事項

こども医療費又はひとり親家庭等医療費支給制度の申請・請求・受領に関すること。
(但し、こども医療費又はひとり親家庭等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の額に限る。)

2 同意事項

- (1) こども医療費又はひとり親家庭等医療費の養育医療における支給対象額を未熟児養育医療自己負担金に充てること。
- (2) 未熟児養育医療の給付認定にあたり、当該給付額の算定に必要があるとき、医療機関、保険者等関係機関に照会すること。
- (3) 養育医療に要する費用の徴収に関する事務処理手続きをするために、同一世帯に属する者の地方税関係の情報等を照会・取得すること。

令和 年 月 日

申請者

住 所 北本市.....

氏 名 (印)

電 話 ()

対象児

氏 名

生年月日 令和 年 月 日

医療費助成制度受給資格証受給者番号			
区分	こども・ひとり親	番号	

養育医療に要する費用の徴収に関する事務処理手続をするために地方税関係情報等を照会・取得することに同意します。

同意者

氏名 _____ 印 _____ 令和 年 1 月 1 日現在 市内・市外

同意者

氏名 _____ 印 _____ 令和 年 1 月 1 日現在 市内・市外

同意者

氏名 _____ 印 _____ 令和 年 1 月 1 日現在 市内・市外

同意者


氏名 _____ 印 _____ 令和 年 1 月 1 日現在 市内・市外

同意者

氏名 _____ 印 _____ 令和 年 1 月 1 日現在 市内・市外

- 1 同意する者が自ら署名してください。
- 2 代理人が同意書に記名する場合、同意する者の押印が必要になります。

なお、母子保健法による養育医療給付申請において、個人番号の提供ができない場合は、以下のことにも同意します。

	<p>私たちは、申請書等に個人番号を記載することが各制度における法的な義務であることの説明を受けましたが、個人番号の提供ができないため、住民基本台帳システムまたは住民基本台帳ネットワークシステムから個人番号を取得し、情報連携することに同意します。</p>
---	---