

様式第4号（第2条第2項関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

## こども医療費助成制度に関する委任状兼同意書

私は、伊豆の国市長を代理人と定め、伊豆の国市こども医療費助成要綱（平成17年伊豆の国市告示第18号）に基づくこども医療費助成について、次の事項を委任します。

- 伊豆の国市こども医療費助成金の申請・請求・受領に関すること。
- 伊豆の国市こども医療費助成金を養育医療自己負担金に充てること。
- 養育医療自己負担金に関する一切の権限。

ただし、こども医療費助成の受給者でかつ養育医療給付受給者である期間中の、養育医療自己負担金の額に限る。

また、上記の委任事項を行うにあたって、こども医療費助成に関する受給資格確認の必要が生じた場合、資格関係記録を調査することに同意します。

年 月 日

住 所

氏 名（扶養義務者）

（署名または記名押印）

### ※ 委任状について

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、市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、養育医療受給者がこども医療費助成の受給者である場合は、養育医療自己負担金がこども医療費助成の対象となるため、委任状を提出していただくことで、市役所の内部で自己負担金を処理することができます。