

福祉医療費受給資格証交付の申請者、未熟児養育医療の申請者と同一になります。

同意書兼委任状

令和 ○年 ○月 ○日

委任者

住所 津市西丸之内23番1号

氏名 津市 太郎

(児の氏名：津市 花子)

津市

受任者

津市長 前葉 泰幸

スタンプ印不可。

私は、津市の福祉医療費の助成を受けるため、養育医療給付に係る自己負担金について、健康づくり課が保険医療助成課に当該養育医療費に係る情報を提供することに同意します。

また、津市長を代理人と定め、福祉医療費（保険医療機関で受診した養育医療給付に係る自己負担金に相当する額（福祉医療費の助成額が当該自己負担金の額を下るときは、当該福祉医療費の助成額に相当する額）に限る。以下「福祉医療費」という。）の請求及び受領並びに福祉医療費の受領後に養育医療給付に係る自己負担金に充当することに関する一切の権限を委任します。