様式第４号（第６条関係）

委　任　状　兼　同　意　書

　私は、小鹿野町長を代理人と定め、こども医療費助成制度、ひとり親家庭等医療費助成制度、重度心身障害者医療費助成制度（以下「福祉三医療助成制度」という。）に関する次の事項を委任します。

１　福祉三医療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。

２　１の医療費助成金を受領後に養育医療徴収金（自己負担金）に充てること。

３　養育医療徴収金（自己負担金）に関する一切の権限。

　ただし、福祉三医療助成制度の受給者でかつ養育医療給付受給者である期間中の、養育医療給付における徴収金（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、福祉三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。

　　年　　月　　日

委任者

住所　　　小鹿野町

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

対象児

　氏名

　生年月日　　　　　　　　　年　　月　　日

受任者　小鹿野町長

（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、町が養育医療徴収金（自己負担金）を徴収しています。しかし、養育医療受給者が福祉三医療助成制度の受給者である場合は、養育医療徴収金（自己負担金）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、町の内部で養育医療徴収金（自己負担金）を処理することができます。