

年 月 日

(宛先) 多気町長

【養育医療給付申請者】

住所

氏名

㊞

【養育医療給付対象乳児】

氏名

(性別：男・女)

(生年月日： 年 月 日)

委任状

私は、福祉医療費助成制度によって支払われる福祉医療費の請求及び受領並びに当該福祉医療費を養育医療給付に伴う自己負担金に充当することに関する一切の権限を、多気町（こども課）に委任します。

なお、私が次の①～③のいずれかに該当する場合は、本委任に係わらず、多気町からの請求に基づき、養育医療給付に伴う自己負担金を支払うことを誓約します。

①所得制限額を超過したこと等により、福祉医療費助成制度の対象とならない場合。

②福祉医療費助成制度の資格認定手続きが完了していない場合。

③加入する健康保険組合等から、附加給付制度に基づき給付金が支給される場合。