医療を受ける赤ちゃんお一人ずつ書類が必要です。

**委　任　状　兼　同　意　書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

養育医療申請者と同じ（子ども医療費受給者証の受給者とも同じ）

　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　　）　　　－

私は、蟹江町長を代理人と定め、子ども医療費助成制度及び未熟児養育医療給付に関

する次の事項を委任します。

・子ども医療費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。

・未熟児養育医療自己負担金に関する一切の権限

また、上記の委任事項を行うにあたり、受療者と同一の世帯に属する全ての者について課税状況（生活保護法による保護の実施を含む）等を取得することに同意します。

赤ちゃんの氏名・生年月日を記入してください。

受療者氏名

生 年 月 日　　　　　　　年　　　月　　　日

**（委任状兼同意書について）**

未熟児養育医療給付では、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、養育医療受給者が子ども医療助成制度の受給者である場合は、未熟児養育医療自己負担金の一部が子ども医療費助成制度の対象となるため、委任状兼同意書を提出いただくことで、町の内部で自己負担金の一部を子ども医療費助成と相殺できることになります。