

[様式 1]

# 委任状

年 月 日

委任者 住所 旭川市

氏名 印

私は、旭川市長を代理人と定め、次の事項を委任します。

子ども医療費助成制度又はひとり親家庭等医療費助成制度、若しくは重度心身障害者医療費助成制度に基づく医療費助成金の申請（請求）及び受領並びに未熟児養育医療給付における自己負担金として市に納付をすること、並びにこれに関する一切の権限

ただし、旭川市子ども医療費助成又はひとり親家庭等医療費助成若しくは重度心身障害者医療費助成制度の受給者でかつ未熟児養育医療給付受給者である期間中の、未熟児養育医療給付における自己負担金の額の範囲内に限る。

未熟児養育医療受給者氏名	
生 年 月 日	

印

受任者 旭川市長

#### <委任状について>

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、申請者から費用の全部又は一部を自己負担金として子育て助成課が徴収させていただいております。しかし、養育医療受給者が子ども医療費助成事業又はひとり親家庭等医療費助成事業若しくは重度心身障害者医療費助成事業の受給者である場合は自己負担金の全額が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、保護者に請求を行わず市の内部で処理をすることができます。