

委任状及び承諾書

受任者	羽曳野市長
-----	-------

私は、養育医療給付申請を行うにあたり、上記、受任者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

また、養育医療給付に係る徴収金の額の決定に当たり、福祉医療について確認することが必要な場合には、担当部署に照会することを承諾します。

年 月 日
(委任状記入日を入れてください)

記

私が羽曳野市に支払うべき養育医療給付の徴収金に係る、羽曳野市福祉医療給付の助成申請及び助成金の受領に関する一切の権限。

〈委任者〉

承認を受けた医療助成の種類 (該当するものに○をつけて下さい)	子ども ・ ひとり親家庭
医療証の受給者番号	
受給者氏名	
住所	〒 —
申請者氏名	
電 話 番 号	
電話番号 (昼間連絡先)	

※委任状及び承諾書について

この書類を提出していただくことで、各福祉医療制度から助成される金額が差し引かれ、徴収金の額は、最高 1000 円まで（一医療機関で入院され、健康保険からの付加給付がない場合）となります。