

年 月 日

(宛先) 伊勢市長

【養育医療給付申請者】

住 所

氏 名

⑨

【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、伊勢市（健康福祉部・健康課）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、伊勢市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（注1）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（以下「保険者」という）から、附加給付制度（注2）に基づき給付金が支給される場合。（注3）

【注意】

注1 福祉医療費助成制度：高校卒業相当以下の子どもや一人親家庭等の保護者及び児童等が医療機関等に支払った医療費を助成金として支給する制度です。資格認定の際に、所得制限等があります。

注2 附加給付制度：支払った医療費に対して、保険者からその一部が返金される制度で、附加給付金の有無や支給の基準額については保険者により異なります。請求の手続き等に関しても、加入者本人が行うこととなりますので、詳しくは保険者へお問い合わせください。

注3 ③のみ該当される方につきましては、自己負担金を納入いただいた後、「自己負担額」から「保険者からの給付額」を差引いた額を、福祉医療費として支給します。なお、福祉医療費の支給申請は不要です。