

# 委任状兼同意書

私は甲府市すこやか子育て医療費助成の対象期間において、甲府市長に対し、次の事項を委任及び同意します。

- ①私の世帯に係る高額療養費等の申請及び受領に関することを委任します。(私の世帯の医療費助成金受給対象者に係る医療費が高額療養費の支給対象となった場合に限る。)
- ②すこやか子育て医療費助成担当課と国民健康保険担当課が、私の世帯のすこやか子育て医療費助成金の算定に必要な情報を交換することに同意します。

なお、上記により受領した高額療養費等については、貴市が保険医療機関等に支払う当該医療に係る医療費に充当し、私の世帯で助成金受給対象者以外の者に高額療養費等が発生した場合は、下記の口座に振込んでください。

※高額療養費等…高額療養費及び高額介護合算療養費（医療分）のこと

令和 年 月 日

(あて先) 甲 府 市 長

国民健康保険被保険者証の記号番号を記入してください。

被保険者証記号番号	
-----------	--

氏名・住所を記入し、朱肉を使用する印鑑で押印をしてください。

世 帯 主	保 護 者
住 所 甲府市	住 所 甲府市
氏 名 ⑩	氏 名 ⑩

※ 世帯主とすこやか子育て医療費助成における保護者が同一人の場合は、世帯主欄のみ記入してください。世帯主と保護者が異なる場合には、世帯主・保護者欄それぞれに記入してください。

世帯主の口座を記入してください。(高額療養費の振込先になります。)

金融機関名	支店名	種別	口座番号	世帯主口座名義人 (カタカナ)
銀行 信用金庫 信用組合 農協		普通  当座		

※ 世帯主の口座が、ゆうちょ銀行の場合、または、世帯主が外国籍の場合は、通帳のコピー(口座名義人の氏名・支店名・口座番号等の載ったページ)を添付してください。

※日付の記入と枠内への記入・押印をお願いします。