

同意書兼委任状

(子ども医療用)

私は、子ども医療費受給資格の申請及び助成を受けるにあたり、次の事項に同意します。

1. 受給資格を有するものであることに相違なく、この申し立てに偽りがあった場合は、助成対象となった医療費につき、みやこ町に全額返還すること。
2. みやこ町が、医療費の審査支払機関として契約している、福岡県国民健康保険団体連合会及び社会保険診療報酬支払基金に、受給者番号、氏名、性別、生年月日を提供すること。
3. 子ども医療費助成対象期間において、助成対象となった医療費が高額療養費に該当した場合、その請求及び受領に関してみやこ町に委任し、あわせて、医療費助成金の算定に必要な情報を、みやこ町と保険者とが交換すること。
4. みやこ町が保有している情報（住民情報、所得状況等）を公簿により確認すること。

みやこ町長 様

令和 年 月 日

(対象者)

住 所 みやこ町

生計維持
者の氏名

子の氏名

電話番号