

同意書兼委任状

(重度障がい者医療用)

私は、重度障がい者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. 重度障がい者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。
5. 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳等を所管する部署が保有している情報を確認し、審査に必要な情報を関係課において交換すること。

みやこ町長 様

令和 年 月 日

(対象者)

住 所 みやこ町

氏 名

電話番号

* 受給者が未成年の場合

【保護者氏名

】

(代理申請者)

住 所

氏 名

【対象者との続柄：

】

電話番号