

委任状・同意書

私は、母子保健法第20条による_____の未熟児養育医療の給付に伴う自己負担金の支払いについて、志木市に子ども医療費支給申請と子ども医療費支給による払い込みを行う権限を志木市福祉事務所に委任します。

また、この事務に必要な事項に関し、志木市子ども支援課が私の加入する医療保険者に照会すること等の必要な調査を行うこと及び負担金算出の審査にあたり地方税関係情報の閲覧並びに取得することに同意します。

令和 年 月 日

扶養義務者（申請者）

現住所

上記と異なる場合のみ記入

氏 名

印

同意者（夫または妻）

現住所

上記と異なる場合のみ記入

氏 名

印