

委任状兼同意書

重度心身障害者医療費助成金(以下「助成金」)の支払者である中央市長に対し、次の事項を委任します。また、中央市と私の世帯が加入する国民健康保険の保険者(及び保険者である市町村)が、下記の助成金受給対象者に係る助成金受給資格及び助成金の算定に必要な保険給付、所得区分等の情報を交換することに同意します。

- ① 私の世帯に係る国民健康保険高額療養費及び高額医療・高額介護合算療養費(医療分)の申請に関する事。 (下記の助成金受給対象者の医療費が高額療養費及び高額医療・高額介護合算療養費(医療分)の支給対象となった場合に限る。)
- ② 下記の助成金受給対象者に係る国民健康保険高額療養費及び高額医療・高額介護合算療養費(医療分)の受領に関する事。

令和 年 月 日

中央市長 様

世帯主が記入する欄

※日付の記入と太わく内への記入・押印をお願いします。

被保険者証記号番号

①世帯主 住所

氏名

印

受給者が記入する欄

受給者番号

②助成金受給対象者 住所

(被保険者) 氏名

印

※) 上記の委任・同意をされない場合は、後日、中央市の窓口にて請求をいただく償還払いの扱いとなります。