

受領委任同意書

私は、養育医療の給付に係る子ども医療の手続き及び受領を大府市に委任します。

年 月 日

申請者氏名：

【確認事項】 退院予定 (年 月 日) ・ 未定
 転出予定 無 ・ 有 (年 月 日) へ転出)

※転出後は新たに転出先の市町村で申請が必要です。転出日が未定の場合は、転出日が決まり次第有効期限を変更した医療券と差し替えますのでご連絡ください。

【書類確認欄】 ※以下は記入しないで下さい。

申請理由 新規 ・ 継続 ・ 変更 ・ 転院
 住基確認 (住民年月日 年 月 日)

新 規	<input type="checkbox"/> 養育医療給付申請書(第1号様式)
	<input type="checkbox"/> 世帯調書(第2号様式)
	<input type="checkbox"/> 養育医療意見書(第3号様式)
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード
	<input type="checkbox"/> 子ども医療費助成申請書 ※入院予定月数に応じた枚数
	<input type="checkbox"/> 健康保険の記号及び番号、保険者等の名称を確認 ※未熟児本人のもの
	<input type="checkbox"/> 世帯の所得を証明する書類(裏面参照) ※申請者の同意を得て、本市で確認が可能な場合は不要
継 続	<input type="checkbox"/> 養育医療給付申請書(第1号様式)
	<input type="checkbox"/> 世帯調書(第2号様式) ※変更がある場合
	<input type="checkbox"/> 養育医療意見書(第3号様式)
	<input type="checkbox"/> 子ども医療費助成申請書 ※入院予定月数に応じた枚数
	<input type="checkbox"/> 世帯の所得を証明する書類 ※変更がある場合
変 更	<input type="checkbox"/> 養育医療給付申請書(第1号様式)
	<input type="checkbox"/> 世帯調書(第2号様式) ※変更がある場合
	<input type="checkbox"/> 養育医療意見書(第3号様式) ※変更がある場合(疾病名等)
	<input type="checkbox"/> 世帯の所得を証明する書類 ※変更がある場合
転 院	<input type="checkbox"/> 養育医療給付申請書(第1号様式)
	<input type="checkbox"/> 養育医療意見書(第3号様式) ※ <u>転院先</u> の指定養育医療機関の担当医師が作成したもの
	<input type="checkbox"/> 転院理由書(第6号様式) ※ <u>転院元</u> の指定養育医療機関の担当医師が作成したもの