

## 委任状及び承諾書

受任者	泉大津市長
-----	-------

私は、泉大津市未熟児養育医療給付申請を行うにあたり、上記、受任者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

また、未熟児養育医療給付自己負担金の決定に当たり、福祉医療について確認する必要がある場合には、担当課に照会することを承諾します。

令和　年　月　日

(委任状記入日を入れてください)

記

私が泉大津市に納付すべき未熟児養育医療給付自己負担金に係る、福祉医療給付の助成申請及び助成金の受領に関する一切の権限。

〈委任者〉

承認を受けた医療助成の種類 (該当するものに○をつけて下さい)	子ども・ひとり親・障がい者
医療証の受給者番号	
受給者氏名	
郵便番号	
住所	
申請者氏名	印
電話番号	
電話番号(昼間連絡先)	

## 子ども医療費助成制度等の対象となる方へ

- 未熟児養育医療の自己負担金は市の「子ども医療費助成制度」など福祉医療制度の助成対象となりますので、これらの制度の対象の方は自己負担金を泉大津市に支払った後、市の窓口で手続きすれば自己負担金の一部を還付(返金)してもらうことができます。
- しかし、この福祉医療から助成を受ける権限を泉大津市に委任していただくと、還付申請の手続を省略できます。泉大津市が保護者の方に代わり後から還付される福祉医療費助成相当額を直接福祉医療へ請求することにより、面倒な一旦立替え納付や市での還付申請手続きの必要がなくなります。この場合残額(福祉医療制度の助成対象外の金額)を泉大津市から保護者の方に請求致します。
- ただし福祉医療制度では、加入している健康保険組合から附加給付を受けられる場合、その分は対象外となりますので御注意下さい。また、福祉医療制度にも入院1日につき500円(月2日限度)の自己負担金があります。これらに相当する額が福祉医療制度の助成対象外の金額です。

(算出方法 ※一部例外を除く)

未熟児養育医療の自己負担金－福祉医療制度助成額

＝請求額(健康保険の附加給付相当額等＋福祉医療制度の自己負担金相当額)

◆例◆所得税額 70,001～183,000円(徴収基準月額 34,800円)の世帯のお子様が1ヶ月間入院した場合

**ケース1** 子ども医療の対象で、健康保険組合から月20,000円以上の医療費については附加給付がある方

本来の未熟児養育医療の自己負担金額	34,800円
子ども医療費助成対象額	－ 19,000円 (20,000円－1,000円 ※500円×2)
<b>泉大津市からの請求額(残額)</b>	<b>15,800円</b>
(内訳) 健康保険組合の附加給付相当額	14,800円 (健康保険組合に申請すると還付されます)
子ども医療の自己負担金相当額	1,000円

未熟児養育医療の自己負担金 34,800円		
20,000円		附加給付相当額 14,800円
子ども医療助成対象額	子ども医療の自己負担金相当額	附加給付相当額 14,800円
19,000円	1,000円	

← 泉大津市からの請求額 15,800 →

**ケース2** 子ども医療の対象で、国民健康保険(附加給付なし)に加入されている方

本来の未熟児養育医療の自己負担金額	34,800円
子ども医療費助成制度対象額	－ 33,800円
<b>泉大津市からの請求額(残額)</b>	<b>1,000円</b>
(内訳) 子ども医療の自己負担金相当額	1,000円 (※500円×2)

未熟児養育医療の自己負担金額 34,800円	
子ども医療費助成制度対象額	子ども医療の自己負担金相当額
33,800円	1,000円

← 泉大津市からの請求額 1,000 →

※ 未熟児養育医療の自己負担金額が、福祉医療の自己負担金額以下の場合は、未熟児養育医療の自己負担金額を請求致します。