

資格喪失後の受診に伴う福祉医療費給付金の 市町村間調整に係る申出書(委任状兼同意書)

須坂市長 三木正夫 様

私は、今後、県内の他市町村への転出等によって須坂市の福祉医療費受給資格を喪失後、誤って須坂市の受給者証を使用して受診したことにより発生した場合の医療費等の返還について、受診時に受給資格のあった転出先の市町村長に支給申請することができる医療費等を須坂市長が代理申請、代理受領し、返還金債権に充当することを希望すると同時に、下記の事項を委任及び同意します。

1 委任する事項

- ・受診時に受給資格のあった転出先の市町村長に支給申請ができる医療費等を須坂市長が代理申請、代理受領するために必要となる手続きの全てを須坂市長に委任します。

2 同意する事項

- ・市町村間調整に必要となる、須坂市長が保有する受療及び給付に関する情報を受診時に受給資格のあった転出先の市町村へ提供すること。
- ・須坂市長と転出先の市町村長との間で申請人に係る必要な情報をやり取りすること
- ・須坂市長が代理受領した医療費等を返還金債権に充当すること

年 月 日

申出者の氏名 (本人又は保護者)	印	受給資格者の 氏名	
受給資格者の 生年月日	年	月	日
住所	〒 -		
電話番号	()		