

委任状及び承諾書

受任者	大阪府知事
-----	-------

私は、大阪府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ことが必要な場合には、市町村に照会することを承諾します。

平成 年 月 日
(委任状記入日を入れてください)

記

私が大阪府に納付すべき未熟児養育医療給付自己負担金に係る、市町村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 (該当するものをつけて下さい)	乳幼児・ひとり親・障がい児
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	
電話番号	
電話番号(昼間連絡先)	

乳幼児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各市町村の「乳幼児医療費助成制度」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大阪府に支払った後、各市町村の窓口で手続きされ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**各市町村から助成を受ける権限を大阪府に委任していただく**と、**還付申請の手続を省略できます**。大阪府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市町村へ請求することにより、面倒な一旦立替え納付や市町村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)を大阪府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 乳幼児医療の対象で、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
乳幼児医療費助成対象額 - 19,000 円 (20,000 円 - 1,000 円 500 円 × 2)

大阪府からの請求額(残額) 15,800 円

(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)
乳幼児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
乳幼児医療助成対象額 19,000 円	乳幼児医療の自己負担金相当額 1,000 円	附加給付相当額 14,800 円

← 大阪府からの請求額 15,800 円 →

ケース 2 乳幼児医療の対象で、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
乳幼児医療費助成制度対象額 - 33,800 円

大阪府からの請求額(残額) 1,000 円

(内訳) 乳幼児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	
乳幼児医療費助成制度対象額 33,800 円	乳幼児医療の自己負担金相当額 1,000 円

← 大阪府からの請求額 1,000 円 →

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、未熟児養育医療の自己負担金額を請求致します。