

## 養育医療に関する同意書

年 月 日

いなべ市長 宛て

(受給者氏名) .....

### 【同意者】(自署の場合は、押印不要)

(申請者氏名(自署)) ..... 印

(住所) いなべ市.....

(世帯員(自署)) ..... 印

(世帯員(自署)) ..... 印

(世帯員(自署)) ..... 印

(世帯員(自署)) ..... 印

(世帯員(自署)) ..... 印

(世帯外扶養者(自署)) ..... 印

(住所) .....

(世帯外扶養者(自署)) ..... 印

(住所) .....

1 医療給付の審査のために必要な要件を確認するため、次の書類を閲覧及び取得することについて同意します。

(1) 住民基本台帳

(2) 戸籍

(3) 前年所得の状況(1月から6月までの申請にあつては、前々年)

(4) 個人番号

(5) 母子健康法に基づく事務手続を処理するための地保税関係情報

(6) 市から生活保護を受給している場合は、生活保護の受給情報

2 高額療養費の支給に関する調査を行うことについて同意します。

3 子ども医療費助成制度に基づく医療費助成金の受領について委任し、養育医療給付に伴う徴収金に充てることに同意します。

### (注)

1 代理人が同意書に署名する場合は、本人からの委任状を添付してください。

2 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は、欄外又は裏面に記載してください。

# 委 任 状

代理人 (頼まれた人)	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
	氏 名	◎ <small>(印)</small>
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日

私は、上記の者を代理人と定めて、養育医療に関する同意書に関する一切の権限を委任します。

令和 年 月 日

いなべ市長 宛て

委任者本人が、自署又は記名押印してください。

委任者 (頼んだ人)	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
	氏 名	◎ <small>(自署の場合、押印不要)</small>
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日

委任者本人が、自署又は記名押印してください。

委任者 (頼んだ人)	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
	氏 名	◎ <small>(自署の場合、押印不要)</small>
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日

委任者本人が、自署又は記名押印してください。

委任者 (頼んだ人)	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
	氏 名	◎ <small>(自署の場合、押印不要)</small>
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日

委任者本人が、自署又は記名押印してください。

委任者 (頼んだ人)	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
	氏 名	◎ <small>(自署の場合、押印不要)</small>
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日

委任者本人が、自署又は記名押印してください。

委任者 (頼んだ人)	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
	氏 名	◎ <small>(自署の場合、押印不要)</small>
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日