

同意書

未熟児養育医療の申請にあたり、次の事項について確認し、同意します。

(乳児氏名： 生年月日：)

- ・養育医療給付申請書等の記載内容および給付自己負担金額等の個人情報について、指定医療機関および本町母子保健担当者、福祉医療事務担当者に報告し、未熟児養育医療給付事務・訪問指導・福祉医療費助成事務に使用すること
- ・未熟児養育医療給付自己負担金の決定にあたり、福祉医療費助成金を充当し、自己負担金と助成金の相殺をおこなうこと

平 群 町 長 殿

年 月 日

〈委任者〉

申請者：_____

住 所：平群町_____

電話番号：_____

●対象となる福祉医療助成の種類に○をつけてください
(子ども ・ ひとり親等 ・ 障害者)

●平群町福祉医療証の受給者番号および受給者氏名

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

受給者：_____