養育医療給付に係る同意書

（本人氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿が、未熟児養育医療の給付を受けるにあたり、次の事項について市が行うことに同意します。

☐ 養育医療給付に係る自己負担金について、こども医療費を充当するため、申請者に代わり手続きを行うこと。

☐ 市で保管する住民記録情報、税情報、その他養育医療の給付に関し必要な世帯の情報を利用すること。

☐ （本人氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿が加入する医療保険の保険者に対し、世帯の医療給付の内容を調査すること。

☐ （他市区町村から転入の場合）本人の養育医療給付に関する情報を転入前の市区町村（＿＿＿＿＿＿＿＿市・区・町・村）から提供を受けること。

令和　　年　　月　　日

申請者　　住　所

氏　名　　印

（あて先）八潮市長

※ 本同意書により得られる個人情報は、八潮市個人情報保護条例に基づき、適正な管理を行います