

同意書及び委任状

私は、桜井市未熟児養育医療給付申請を行うにあたり、下記の項目に対する世帯全員の個人情報を見ることができ、提供することに同意します。

- 徴収基準月額決定のため課税台帳等の公簿を見ることができ。
- 世帯構成確認のため住民基本台帳を見ることができ。
- 指定養育医療機関及び桜井市未熟児訪問指導担当課への申請情報提供。

また、下記受任者を代理人と定め、福祉医療費助成制度により支払われる助成金の受領を委任し、受領した助成金を未熟児養育医療給付に関する自己負担金に同額充当することを同意します。

(医療助成対象者)

同意を受ける医療助成の種類 (該当するものに○をつけて下さい)	乳幼児 ・ ひとり親
受給資格者証の番号	
乳幼児の氏名	
乳幼児の生年月日	
乳幼児の住所	
電話番号	
電話番号 (日中連絡先)	

年 月 日

委任及び同意者 住 所 _____

氏 名 _____

受 任 者 桜 井 市 長