

同意書

鳴沢村長 殿

私は、未熟児養育医療の給付に係る母子保健法第21条の4の規定に基づく扶養義務者自己負担金について、次のことに同意します。

- 1 私に係わる鳴沢村住民課税情報と住民基本台帳情報および生活保護情報について貴殿が取得すること。
- 2 貴殿が、鳴沢村医療費助成に関する条例に基づく助成金から教育医療扶養義務者自己負担金に充当すること。

また、委任した権限によっても貴殿が市町村の医療費助成を受けられない場合は、別途貴殿から送付される納入通知書により自己負担金を支払います。

養育医療給付申請対象者氏名 (児童の氏名)	男・女 (生年月日 平成 年 月 日)				
希望する指定養育医療機関の名称					
養育医療に係る診療予定期間	平成 年 月 日	～	平成 年 月 日		
乳幼児医療費受給資格者証(※) の交付を受けた市町村名					
乳幼児医療費受給資格者証(※)の受給者番号 乳幼児医療費受給資格者証(※)の写しを添付してください。					⋮

※ひとり親家庭医療費受給資格者証等の交付を受けている場合はひとり親家庭医療費受給者証等について記載する。

平成 年 月 日

申請者(扶養義務者)

住 所

氏 名

(受給者との続柄

印)

※扶養義務者と乳幼児医療費受給資格証の保護者が違う場合以下にも署名

保護者

住 所

氏 名

(受給者との続柄

印)