第１４号様式

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、次の事項について同意します。

□　こども医療費支給制度、ひとり親家庭等医療費支給制度又は重度心身障害者医療費支給制度の養育医療における支給対象額を、養育医療自己負担金に充当すること。

□　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。

□　（診療予定期間内に他市区町村へ転出をする方のみ）
草加市が（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿市・区・町・村）に対し、本人の養育医療給付に関する情報提供をすること。

□　（診療予定期間内に他市区町村から転入をされた方のみ）
草加市が（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿市・区・町・村）に対し、本人の養育医療給付に関する情報提供の依頼をすること。

年　　月　　日

住　所

申請者氏名　　印

※氏名を署名したときは、押印を省略することができます。

草加市長　あて

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