

# 委任状及び同意書

私は、生駒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個人情報閲覧及び提供へ同意をします。

- 徴収基準月額決定のため課税台帳等の公簿の閲覧に関すること。(                      年度分)
- 指定養育医療機関及び生駒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、私が生駒市に納付すべき未熟児養育医療給付自己負担金については、福祉医療費助成制度により支払われる助成金と相殺することを委任及び同意します。

(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・生年月日		年 月 日
乳幼児の住所		
電話番号(日中連絡先)		

年 月 日

委任及び同意者	住所			
	氏名	Ⓜ		
	生年月日	年 月 日	(続柄 )	
同意者	住所			
	氏名	Ⓜ		
	生年月日	年 月 日	(続柄 )	

受 任 者 生 駒 市 長                      小 紫 雅 史 様