

< 同 意 書 >

私は、未熟児養育医療の支給認定にかかる保護者、扶養義務者及び世帯員の住民票記載事項、個人番号、市民税課税状況等を高砂市健康増進課が確認することに同意します。

また、提出した養育医療意見書等に不備があった場合、高砂市健康増進課より医療機関に確認することに同意します。

高砂市長 様

年 月 日

保護者氏名： (続柄： )

未熟児氏名：