

*赤ちゃん（0歳児）が育成医療を受ける場合にご記入ください

「自立支援医療（育成医療）給付」申請書類についての個人情報
提供に関する同意書

守口市の母子保健担当保健師から、今後、赤ちゃんに関する保健指導や支援
を必要に応じて受けるため、下記の情報を守口市健康福祉部健康推進課へ提供
することに同意します。

「自立支援医療（育成医療）」給付申請書類に係る情報

- ・自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書
- ・自立支援医療（育成医療）意見書

*ただし提供事項のうち、「個人番号」は含みません

年 月 日

守口市長 様

お子様の氏名 _____

保護者様の氏名 _____ ④ （自署の場合は押印不要）
（お子様との続柄 _____ ）