

同意書

年 月 日

(宛先) 鴻巣市長

住所

氏名

受給者氏名

生年月日 年 月 日生

未熟児養育医療給付の資格を喪失するまでの間、次の事項について同意します。

- 1 こどもの医療費の支給額を未熟児養育医療に要する費用に充当すること。
- 2 当該費用への充当に当たり、担当職員が必要な書類（住民税課税台帳等）の確認すること。