

太子町無痛分娩費助成金交付申請に係る同意書

年 月 日

太子町長 様

(申請者)

住 所

氏 名

印

生年月日

私は、太子町無痛分娩費助成金の交付申請にあたり、下記の事項について、町が関係機関等に必要事項を確認することに同意します。

記

< 確認事項 >

1 助成金交付の審査のための必要事項の閲覧について

(1) 住民基本台帳(町内に定住の意志確認のため)

(2) 町民税等の納付状況

2 高額療養費支給等に関する確認について

医療費の自己負担額が高額となった場合、一定の金額(自己負担限度額)を超えた部分が払い戻される高額療養費等について、保険者へ照会すること。

3 分娩の状況等について

分娩の状況などについて医療機関等に照会します。