

個人情報の提供に関する同意書

今後、母子保健を担当する保健師が、子供の健やかな成長や発達のために必要な支援や、保護者の方への育児支援などの保健指導等を必要に応じて行うことを目的に、以下の情報について河内長野市健康推進課（保健センター）や大阪府保健所に情報を提供することに同意します。

（※該当項目の口欄にチェックを入れてください。）

「レ」を入れてください。

☒ 「未熟児養育医療給付」申請書類に係る情報

- ☐ 養育医療給付申請書（様式第1号）
- ☐ 養育医療意見書（様式第2号）
- ☐ 世帯調書（様式第3号）

「レ」を入れてください。

☒ 「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（様式第1号）
- ☐ 自立支援医療費（育成医療）意見書（様式第2号）

申請の日付 年 月 日

（宛先）河内長野市 入院中のお子様の氏名

子どもの氏名

申請書の申請者と同じ方にしてください。

保護者の氏名

印

（自署の場合は押印不要）

（子どもとの続柄

）