

# 同意書

年 月 日

磐田市長

(申請者) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

電話番号 \_\_\_\_\_

未熟児養育医療給付にかかる自己負担金が発生した場合、磐田市こども医療費助成制度助成金を充当することに同意します。

なお、未熟児養育医療費自己負担決定通知の送付は不要です。