

様式第20号（第14条関係）

給付情報提供同意書

年 月 日

鉾田市長 様

同意者（未熟児養育医療給付保護者）

住 所

氏 名

印

受療者との続柄

受療者名

私は、母子保健法第20条に定める養育医療に関する情報を、同法第19条の規定による未熟児の訪問指導を実施するにあたり必要な情報を、母子保健所管課へ提供することに同意します。