

未熟児養育医療申請にかかる生活保護受給状況確認同意書

大津市長

未熟児養育医療給付にかかる、徴収基準月額決定のための、
世帯の生活保護受給状況の確認に同意します。

申請者氏名

印

対象児氏名

生年月日 年 月 日

(きょうだいで同時に申請する場合は第1子の名前)

住所 大津市

電話 () ー

※大津市に一年以内に転入されている場合は、お申し出ください。