

同意書
(Letter of Consent)

私（海外で出産をした本人）は、伊丹市及び伊丹市が委託した事業者が、私が提出した出産育児一時金申請書類にある事実（出産行った日時、場所、内容等）を確認するため、当該海外出産の介助を行った者（海外の公的機関等）に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

また、国や地域、医療機関から別途同意書や委任状等を求められた場合、当該書類に必要事項を記載することや、その他の書類が必要となる場合に当該必要書類の提示等に協力することも、併せて同意します。

I, the person who gave birth abroad, authorize the Itami City Office and its subcontractor(s) to inquire and obtain any factual information related to my application document(s) for Childbirth Lump-Sum Allowance including information of delivery date, the place of delivery, and any treatment records from the delivery assistance (medical organization etc.) in order to verify the fact of the delivery.

Further, I agree to fill out other document(s) if countries, regions or medical organizations require to submit consent letter or authorization letter in their format, and agree to provide help to submit other document(s) if it is necessary along verification process written above.

氏名 _____
(Signature)

住所 _____
(Address)

生年月日 年 月 日
(Date of birth) (Year) (Month) (Day)

海外で出産した日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日
(Date) (Year) (Month) (Day)

出産をした方との関係 (Relation with the person who gave birth abroad)

本人 ・ 成年後見人 ・ 法定相続人 ・ その他 ()
(oneself) (guardian of adult) (heir) (other)

* 署名は、海外で出産をした被保険者本人が行ってください。

なお、本人が成年被後見人である場合は成年後見人が、本人が死亡している場合は法定相続人が署名してください。

Note: Insured person who has deliver overseas shall sign one's signature.

However, in the following case, guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall one's signature.