

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

・ 出産日 _____年____月____日
・ Delivery date Year_____Month_____Day_____

・ 海外出産をした者

(氏名) _____

(住所) _____

(生年月日) _____年____月____日

・ Person who deliver overseas

(Name) _____

(Address) _____

(Date of birth) Year_____Month_____Day_____

吹田市 御中

私（海外出産をした者）、_____と、私の世帯主、_____は、吹田市の職員又は吹田市が委託した事業者が、出産育児一時金の申請書類にある事実（出産を行った日時、場所、内容等）を確認するため、申請書類の提供等によって、当該海外出産の介助を行った者（海外の医療機関等）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、上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートを吹田市に提示することも併せて同意します。

To: Suita City

I (the person who gave birth abroad) , _____and my head of house hold, _____ authorize Suita City or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an Childbirth Lump-Sum Allowance benefit claim(s) filed or to be filed including delivery date, the place of delivery, and any treatment records and information from the one who assisted the delivery (medial organization etc.) in order to verify by submitting the related application forms.

Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

署名・押印欄

Signature

署名・押印は、出産をした本人が行って下さい。なお、次の場合は、親権者（本人が未成年の場合）、成年後見人（本人が成年被後見人の場合）、法定相続人（本人が死亡している場合）が署名または記名押印して下さい。

Insured person who gave birth abroad shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

(氏名) _____

(住所) _____

(日付) _____年____月____日

(出産をした者との関係) : 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他
[_____]

※ 本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。

(Signature) _____

(Address) _____

(Date) Year _____ Month _____ Day _____

(Relation to the person who gave birth abroad) : Self ・ Guardian ・
Heir ・ Other

※ This agreement of authorization expires 6 month after the signed date.

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載頂くことがあります。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.

※ 下線部全てについて記入してください。

※ Please fill it out about all the underline parts.

(記入例)

(別紙)

調査に関わる同意書 Agreement of Authorization

・ 出産日 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

・ Delivery date Year _____ Month _____ Day _____

・ 海外出産をした者

(氏名) 国保 花子

(住所) 吹田市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号

(生年月日) 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

・ Person who deliver overseas

(Name) _____

(Address) _____

(Date of birth) Year _____ Month _____ Day _____

吹田市 御中

私 (海外出産をした者)、国保 花子 と、私の世帯主、国保 太郎 は、吹田市の職員又は吹田市が委託した事業者か、出産育児一時金の申請書類にある事実 (出産を行った日時、場所、内容等) を確認するため、申請書類の提供等によって、当該海外出産の介助を行った者 (海外の医療機関等) 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、上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートを吹田市に提示することも併せて同意します。

To: Suita City

I (the person who gave birth abroad) , _____ and my head of house hold, _____ authorize Suita City or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an Childbirth Lump-Sum Allowance benefit claim(s) filed or to be filed including delivery date, the place of delivery, and any treatment records and information from the one who assisted the delivery (medial organization etc.) in order to verify by submitting the related application forms.

Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

署名・押印欄

Signature

署名・押印は、出産をした本人が行って下さい。なお、次の場合は、親権者（本人が未成年の場合）、成年後見人（本人が成年被後見人の場合）、法定相続人（本人が死亡している場合）が署名、押印して下さい。

Insured person who gave birth abroad shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

(氏名) 国保 花子

(住所) 吹田市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号

(日付) 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

(出産をした者との関係) 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他
[]

※ 本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。

(Signature) _____

(Address) _____

(Date) Year _____ Month _____ Day _____

(Relation to the person who gave birth abroad) : Self ・ Guardian ・
Heir ・ Other

※ This agreement of authorization expires 6 month after the signed date.

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載頂くことがあります。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.

※ 下線部全てについて記入してください。

※ Please fill it out about all the underline parts.