

調査に関わる同意書(海外出産に係る出産育児一時金)

Agreement of Authorization

中央市長 宛

私（海外出産した者）、_____と、私の世帯主、_____は、中央市の職員又は中央市が委託した事業者が、出産育児一時金申請書類にある事実（出産した日時、場所、助産行為内容）を確認するため、申請書類の提供等によって、助産行為を行った者に照会を行い、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、パスポートを中央市に提示することも併せて同意します。

To: Mayor of Chuo City

I (as the Insured Person who deliver overseas), _____ and Head of my Household, _____ authorize the Chuo City Office and its officials, or its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to my application documents for the Childbirth Lump-Sum Allowance including date of the birth, birth place, and any midwifery care records and information from medical organizations and midwives 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.

出産した日 (Delivery date) _____年(Year) _____月(Month) _____日 (Day)

【海外出産した者 (Insured Person who deliver overseas)】

- 氏名 (Name) _____
- 生年月日 (Date of birth) _____年(Year) _____月(Month) _____日 (Day)

署名・押印欄 Signature

署名は、海外出産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。

The insured person who gave a birth to the Child 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(Signature) _____

● 住所 (Address) _____

日付 (Date) _____年(Year) _____月(Month) _____日 (Day)

海外出産した者との関係 : 本人・親権者・法定相続人・その他 [_____]

(Relation to Insured Person who deliver overseas) : Self・Guardian・Heir・Other [_____]