

Agreement of Authorization

日進市 あて

私(海外出産した者)は、貴市または貴市が委託した事業者が、自ら、私が提出した出産育児一時金の支給申請書類に記載された事実(出産を行った日時、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。

なお、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。

To: Nisshin City Hall

I, as a person who has delivered overseas, authorize Nisshin City Hall, and its outsourcing contractor(s) to refer and obtain any and all factual information related to my application document(s) for Childbirth Lump-Sum Allowance including information of delivery date, place, 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 submit other document(s) if necessary.

出産日 Delivery date	Year 年Month 月Day 日			
海外出産した者 Insured person who has delivered overseas	氏名 Name			
	住所 Address			
	生年月日 Date of birth	Year 年Month 月Day 日		

Signature

署名は、海外出産した本人が行ってください。

なお、次の場合は、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）が署名してください。

Insured person who deliver overseas shall write one's signature.

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

日付 Date	Year	年Month	月Day	日
住所 Address				
氏名 Signature				
海外出産した者との関係 Relation to Insured person who has delivered overseas	本人Self ・ 成年後見人Guardian of adult ・ 法定相続人Heir ・ その他Other （ ）			