

Autorización para investigación: Subsidio de Pago Único por Parto (para nacimientos en el extranjero)

Fecha de parto 出産日 (año) _____ / (mes) _____ / (día) _____

Madre que dio a luz 出産者 :

Nombre 氏名 _____

Domicilio 住所 _____

Fecha de nacimiento 生年月日 (año) _____ / (mes) _____ / (día) _____

A la municipalidad de Toyota:

Yo, la madre que dio a luz, abajo firmante (出産した者) _____, y el jefe de mi unidad familiar (私の世帯主) _____, por la presente autorizamos a la municipalidad de Toyota y a sus representantes designados, incluidos contratistas y subcontratistas, a contactar directamente a la institución o al profesional que asistió al parto.

La presente autorización tiene como finalidad obtener de dicha institución o profesional la información necesaria para verificar los datos proporcionados en la solicitud del Subsidio de Pago Único por Parto, incluyendo la fecha, hora y lugar del nacimiento, así como la atención brindada durante el parto.

豊田市 御中

私(出産した者)、_____と、私の世帯主、_____は、豊田市の職員あるいは、豊田市が委託(再委託まで含む)した事業者が、出産申請書類にある事実(出産を行った日時、場所、助産行為の内容)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。

Nombre y sello personal de la madre

Nota: El nombre deberá ser escrito por la propia madre, quien también deberá colocar su sello personal. Sin embargo, en las siguientes circunstancias, el representante designado deberá completar esta sección en su lugar:

- Titular de la patria potestad (si la madre es menor de edad)
- Tutor judicial de adultos (si la madre es una adulta bajo tutela judicial)
- Heredero legal (si la madre ha fallecido)

署名・押印欄

署名・押印は、出産者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。

Nombre 氏名 _____ Inkan
印

Domicilio 住所 _____

Fecha 日付 (año) _____ / (mes) _____ / (día) _____

Relación con la madre 出産者との関係 :

- Propia 本人 Titular de la patria potestad 親権者
 Heredero legal 法定相続人 Otros (especificar) その他()

Observaciones:

Esta autorización tiene una validez de 6 meses a partir de la fecha en que coloque su nombre.

Tenga en cuenta que la institución médica correspondiente, o las autoridades nacionales o locales del país donde tuvo lugar el nacimiento, podrán solicitarle la presentación de documentos específicos, como un formulario de consentimiento, una carta poder, entre otros.

※本同意書の有効期限は署名日から6ヶ月間です。

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。