

(裏)

令和 年 月 日

同意書

- ① 養育医療の給付申請の決定に当たり、対象者の身体状況及び世帯構成並びに下記の者の税情報について、関係部署に調査、照会又は閲覧することに同意します。
- ② 乳幼児健康診査や予防接種等の母子保健サービスをスムーズに利用できるように、母子保健サービスを担当する部署に今回の養育医療の申請の内容について情報提供することに同意します。
- なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

ふりがな		生年月日	S・H 年 月 日
氏名		対象者の続柄	
住所			対象者と同居 <input type="checkbox"/>

ふりがな		生年月日	S・H 年 月 日
氏名		対象者の続柄	
住所			対象者と同居 <input type="checkbox"/>

ふりがな		生年月日	S・H 年 月 日
氏名		対象者の続柄	
住所			対象者と同居 <input type="checkbox"/>

ふりがな		生年月日	S・H 年 月 日
氏名		対象者の続柄	
住所			対象者と同居 <input type="checkbox"/>

※記載にあたって

- 1 同意する方が自ら署名してください。
- 2 代理人が署名する場合は、本人からの委任状が必要です。
- 3 申請書等に同意が必要な方の住所を記入している場合は、同意書への住所の記入を省略してもかまいません。
- 4 同意が必要な方の数が署名欄より多い場合は、欄外に記載しても差し支えありません。