

年 月 日

同意書

下記の者は、未熟児養育医療の給付申請にあたり、次の事項に同意します。

菊川市子育て応援課が母子保健法第 20 条及び第 21 条に基づく事務手続を処理するため
に限り、年度の地方税関係情報について、取得することに同意します。

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り同意することを申し添えます。

同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居

同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居

同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居

同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居

同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居

同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居

記載要領

- ・同意者本人が署名を行ってください。
- ・代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状が必要となります。