

同意書

下記の者は、養育医療給付に際し石巻市長が母子保健法第 2 0 条第 1 項に基づく事務手続を処理するために限り、地方税関係情報について取得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。

年 月 日

石巻市長 殿

申請者氏名

受療者(乳児)氏名			生 年 月 日	
住 所				
扶 養 義 務 者	氏 氏 名			
	受療者との続柄		生 年 月 日	
	住 所	(☐ 受療者と同居)		
扶 養 義 務 者	氏 氏 名			
	受療者との続柄		生 年 月 日	
	住 所	(☐ 受療者と同居)		

扶養義務者	氏 名			
	受療者との続柄		生 年 月 日	
	住 所	(☐ 受療者と同居)		
扶養義務者	氏 名			
	受療者との続柄		生 年 月 日	
	住 所	(☐ 受療者と同居)		
扶養義務者	氏 名			
	受療者との続柄		生 年 月 日	
	住 所	(☐ 受療者と同居)		

備考

- 1 同意する者が自ら署名を行うこと。
- 2 代理人が同意書に署名する場合、本人から任意の委任状をとること。
- 3 扶養義務者が受療者（乳児）と同居している場合、枠内右下の□にレ点を記入し、同意書への住所の記入は省略して差し支えない。
- 4 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は、欄外に記載して差し支えない。
- 5 同意できない場合や転入等で確認できない場合は、別途課税資料等を提出してください。