

瀬戸内市長 様

年 月 日

同 意 書

未熟児養育医療の給付の申請に当たり、費用徴収額の決定に必要な範囲に限って課税状況を担当職員が確認することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際に限って同意することを申し添えます。

(申請者) 住 所

本人 (児童) との続柄 氏 名

(世帯員) 本人 (児童) との続柄 氏 名

本人 (児童) との続柄 氏 名

本人 (児童) との続柄 氏 名

本人 (児童) との続柄 氏 名

(世帯外扶養義務者) 住 所

本人 (児童) との続柄 氏 名

住 所

本人 (児童) との続柄 氏 名

注意事項

- 1 同意する者が自ら署名を行うこと。
- 2 代理人が署名を行う場合、本人からの委任状を添付すること。