

年 月 日

木島平村長 様

養育医療給付に関する同意書

受療者が母子保健法に基づく養育医療給付を受けるための事務手続に必要な場合は、私に関する住民基本台帳情報及び課税資料等を取得・閲覧することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、養育医療給付に係る事務に限って同意することを申し添えます。

受療者 (本人)	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所			

区分	氏 名	生年月日	個人番号	受療者 との続柄
世帯主	Ⓜ	年 月 日		
世帯員	Ⓜ	年 月 日		
世帯員	Ⓜ	年 月 日		
世帯員	Ⓜ	年 月 日		
世帯員	Ⓜ	年 月 日		
世帯員	Ⓜ	年 月 日		
世帯員	Ⓜ	年 月 日		

記載要領

- 1 同一世帯全員について記入すること
(18歳以下の未就労児童を除く)
- 2 同意する者が自ら行うこと
- 3 代理人が同意書に署名する場合は、本人の委任状を添付すること (様式任意)
- 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