

同意書

令和 年 月 日

(あて先) 一宮市保健所長

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____

受療者との続柄 [父 ・ 母 ・ その他 ()]

私、及び下記の者は、一宮市市民健康部保健総務課が母子保健法（昭和 40 年法律第 141 号）第 21 条の 4 第 1 項の規定による養育医療の給付に係る費用の徴収事務を処理するために限って、情報提供ネットワークシステムを介して地方税関係情報を取得することに同意します。

ふりがな 氏 名	受療者 との 続柄	生年月日	住 所
			<input type="checkbox"/> 申請者に同じ
			<input type="checkbox"/> 申請者に同じ
			<input type="checkbox"/> 申請者に同じ
			<input type="checkbox"/> 申請者に同じ
			<input type="checkbox"/> 申請者に同じ