

同 意 書

年 月 日

(あて先) 村上市長

母子保健法第20条第6項の規定による未熟児養育医療費の支給する額の認定にあたり、村上市が私の戸籍、住民基本台帳及び市町村民税の課税状況につき、必要に応じて公簿の閲覧・照会(個人番号を利用した情報提供ネットワークシステムの使用を含む。)を行うことに同意します。

助成対象者	住 所			
	氏 名	印	個人 番号	

扶養義務者	住 所			
	氏 名	印	個人 番号	
	住 所			
	氏 名	印	個人 番号	
	住 所			
	氏 名	印	個人 番号	
	住 所			
	氏 名	印	個人 番号	
	住 所			
	氏 名	印	個人 番号	
	住 所			
	氏 名	印	個人 番号	
	住 所			
	氏 名	印	個人 番号	

※自署の場合は押印不要