

別紙
(宛て)
鴨川市長

年 月 日

同意書

私は、鴨川市子ども医療費の助成に関する条例第6条、第10条及び第11条第1項に基づく事務手続のために、申請時から子どもが18歳に達する日以後の最初の3月31日まで、私の市町村民税に関する情報について、鴨川市が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。

子 ども	住 所	鴨川市
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
同意者 (保護者)	住 所	子どもに同じ・()
	1月1日時点 の住所 (1～7月申請分は前年、8 ～12月申請分 は本年)	同上・()
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日
同意者 (保護者)	住 所	子どもに同じ・()
	1月1日時点 の住所 (1～7月申請分は前年、8 ～12月申請分 は本年)	同上・()
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日

※ 記載要領
同意する者が自ら署名を行うこと。