

同 意 書

母子保健法に伴う養育医療給付に要する費用の徴収額の決定に必要な私及び世帯員の世帯情報・税情報等の閲覧について同意いたします。

八重瀬町長 殿

平成 年 月 日

住所： _____

申請者氏名： _____ 印

世帯主氏名： _____ 印