同　意　書

笠間市長　様

（受給者氏名）
私は、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ に係る未熟児養育医療給付事業において、審査上必要な扶養義務者に係る下記の情報について関係機関から情報を収集し、調査することに同意します。

記

１．生活保護実施関係情報
２．中国残留邦人等支援給付実施関係情報
３．市町村民税に関する情報

年　　月　　日

申請者
住　所
氏　名

扶養義務者　※署名または記名押印

氏　名
（受給者との続柄　　）

氏　名
（受給者との続柄　　）

氏　名
（受給者との続柄　　）