

# 同意書

別紙のとおり養育医療給付の申請をしますが、支給等の制限及び一部負担金の算定に必要な時は、下記の者の令和4年度の地方税関係情報について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。

(宛先) 岡 崎 市 長 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

同意者 受療者との続柄 受療者と同じ ( )  
ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_

受療者との続柄 受療者と同じ ( )  
ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_ 上記に同じ

受療者との続柄 受療者と同じ ( )  
ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_ 上記に同じ

受療者との続柄 受療者と同じ ( )  
ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_ 上記に同じ

受療者との続柄 受療者と同じ ( )  
ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_ 上記に同じ

受療者との続柄 受療者と同じ ( )  
ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_ 上記に同じ

世帯員の追加記載が必要な場合は下段に続けて御記入ください。

本人確認					
確認 未確認	1点	運転免許証 在留カード パスポート 他 ( )	2点	保険証 年金手帳 他 ( )	
				診察券 預金通帳 他 ( )	

# 記入例

# 同意書

別紙 付の申請をしますが、支給等の制限及び一部負担金の算定に必要な時は、下記の者の令和4年度の地方税関係情報について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りて同意することを申し添えます。

申請日を御記入ください

(宛先) 岡崎市 長 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

同意者 受療者との続柄  受療者と同じ ( )

ふりがな 氏名 おかざき いちろう 岡崎 一郎 生年月日 \_\_\_\_\_

住所 岡崎市十王町1丁目 五右衛門アパートA

受療者との続柄 受療者と同じ  ( 父 )

ふりがな 氏名 おかざき たろう 岡崎 太郎 生年月日 \_\_\_\_\_

上記に同じ

受療者との続柄 受療者と同じ  ( 母 )

ふりがな 氏名 おかざき はなこ 岡崎 花子 生年月日 \_\_\_\_\_

上記に同じ

受療者との続柄 受療者と同じ  ( 兄 )

ふりがな 氏名 おかざき しろう 岡崎 市郎 生年月日 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_  上記に同じ

受療者との続柄 受療者と同じ ( )

ふりがな 氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 上記に同じ

受療者との続柄 受療者と同じ ( )

ふりがな 氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 上記に同じ

世帯員の追加記載が必要な場合は下段に続けて御記入ください。

世帯調書と同様に、同一の世帯員は全てご記入ください。  
世帯外扶養義務者がいる場合もご記入ください。

受療者と同じ場合はをつけてください

記入は不要です。

確認	1点	運転免許証	2点	帳 他 ( )
未確認		他 ( )		診察券 預金通帳 他 ( )