

同意書①

私は、岡崎市が母子保健法に定める養育医療の支給を受けるにあたり、下記の者の令和 8 年度の地方税関係情報を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

同意者 受療者との続柄 ☐ 受療者と同じ ☐ () 年 月 日

ふりがな
氏名 _____ 生年月日 _____
住所 _____

受療者との続柄 ☐ ()

ふりがな
氏名 _____ 生年月日 _____
住所 _____ □上記に同じ

受療者との続柄 ☐ ()

ふりがな
氏名 _____ 生年月日 _____
住所 _____ □上記に同じ

受療者との続柄 □ ()

ふりがな
氏名 _____ 生年月日 _____
住所 _____ □上記に同じ

受療者との関係 □ (

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。

養育医療給付申請者の本人確認					
確認	1点	運転免許証 在留カード 他（ ）	個人番号カード パスポート （ ）	2点	保険証 年金手帳 他（ ）
未確認					診察券 預金通帳 他（ ）

記入例

同意書①

私は、岡崎市が母子保健法に定める養育医療の支給を受けるにあたり、下記の者の令和8年度の地方税関係情報を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

申請日を御記入ください

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 〇.〇.〇

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 ☒ (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 ☒ (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 ☒ (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 ☐ ()

ふりがな 氏名 生年月日

住所 ☐ 上記に同じ

受療者との続柄 ☐ ()

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	1点	運転免許証 在留カード 他 ()	長 他 ()
未確認		他 ()	長 他 ()

記入は不要です。