

希望する指定養育医療 機関の名称及び所在地		
※ 申請受付年月日		

注 ※欄は記入しないでください。

同意書

年 月 日

対象児及び養育医療の給付申請に当たり、市職員が対象児と生計を一にする扶養義務者の課税状況について、確認することに同意します。

署名 扶養義務者氏名

扶養義務者氏名