

様式第5号（第4条関係）

養育医療給付に関する同意書

年 月 日

中野市長 あて

下記の者は、中野市が中野市母子保健法施行細則第5条の規定による事務手続を処理するために限って 年度の地方税関係情報及び住民基本台帳情報について取得することに同意します。

|              |      |    |    |      |      |              |
|--------------|------|----|----|------|------|--------------|
| 乳児           | (住所) |    |    |      |      |              |
|              | 氏 名  | 続柄 | 性別 | 生年月日 | 個人番号 | 職 業<br>(勤務先) |
|              |      | 本人 |    |      |      | —            |
| 世帯構成員        |      |    |    |      |      |              |
|              |      |    |    |      |      |              |
|              |      |    |    |      |      |              |
|              |      |    |    |      |      |              |
|              |      |    |    |      |      |              |
|              |      |    |    |      |      |              |
| 扶養義務者<br>その他 |      |    |    |      |      |              |
|              |      |    |    |      |      |              |
|              |      |    |    |      |      |              |

備考

- 1 世帯構成員等は、自ら署名してください。
- 2 代理人が署名する場合、本人からの委任状が必要になります。
- 3 未成年については、親権者が署名して差し支えありません。