

同意書

坂出市福祉医療費助成条例に基づく医療費助成の申請に際し、下記受給者・対象者の児童扶養手当に関する情報および提出書類を、坂出市こども課から坂出市けんこう課へ提供することに同意します。

令和 年 月 日

坂出市長 殿

受給者

住 所 _____

氏 名 _____ (生年月日 年 月 日)

対象者(1) _____ (年 月 日)

(2) _____ (年 月 日)

(3) _____ (年 月 日)

(4) _____ (年 月 日)

※本同意書の有効期限は受給対象者の資格が喪失するまでとなります。