

## 同意書

養育医療の給付を受ける資格の調査に必要な限度において、私及び私の世帯の構成員に関する課税資料、戸籍事項等の個人情報を佐渡市長が閲覧することに同意いたします。

また、指定養育医療機関に対して、本申請に係る情報の照会・提供を行うことに同意致します。

令和 年 月 日

佐渡市長 渡 辺 竜 五 様

住 所 \_\_\_\_\_

(申請者) 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

(世帯員) 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

(世帯員) 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

(世帯員) 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

(世帯員) 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

(世帯員) 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

(世帯員) 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

(世帯員) 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

\* 自署又は記名・押印

\* 世帯員とは、住民票上の世帯ではなく申請者と生計を  
同じくする 18 歳以上の者