

令和 年 月 日

吹田市長 宛

## 同意書

吹田市が児童福祉法第19条の3第3項の医療費支給認定の申請に係る事実についての審査に関する事務手続を処理するために限り、当該年度（4月～6月受給開始の場合は前年度）の市町村民税関係情報について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。

申請者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
	住所	吹田市
同意者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
	住所	吹田市 <input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
	住所	吹田市 <input type="checkbox"/> 申請者と同居

同意者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	大正・昭和・平成	年	月 日
	住所	吹田市	<input type="checkbox"/> 申請者と同居	
同意者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	大正・昭和・平成	年	月 日
	住所	吹田市	<input type="checkbox"/> 申請者と同居	
同意者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	大正・昭和・平成	年	月 日
	住所	吹田市	<input type="checkbox"/> 申請者と同居	
同意者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	大正・昭和・平成	年	月 日
	住所	吹田市	<input type="checkbox"/> 申請者と同居	