

同 意 書

私は、四條畷市養育医療給付担当課が母子保健法第20条に基づいて、私の個人情報を収集及び提供されることについて、四條畷市個人情報保護条例第7条第2項第1号及び第8条第1項第1号の規定に基づき、同意します。また、母子保健法第21条の4第1項に基づく事務手続きを処理するために限って、地方税関係情報について取得及び審査することに同意します。

|             |                               |   |   |
|-------------|-------------------------------|---|---|
| フリガナ<br>氏 名 | (自署又は記名押印)                    |   |   |
| 生年月日        | 年                             | 月 | 日 |
| 住 所         | 四條畷市                          |   |   |
|             | 1月1日時点の住所（1月～6月は前年、7月～12月は本年） |   |   |
| 電 話         |                               |   |   |

扶養義務者（世帯構成員以外で受療者に対して扶養している者を含む。）

|             |                               |   |         |
|-------------|-------------------------------|---|---------|
| フリガナ<br>氏 名 |                               |   |         |
| 生年月日        | 年                             | 月 | 日       |
| 住 所         | 受療者との続柄                       |   | 申請者との同居 |
|             | 1月1日時点の住所（1月～6月は前年、7月～12月は本年） |   |         |
| フリガナ<br>氏 名 |                               |   |         |
| 生年月日        | 年                             | 月 | 日       |
| 住 所         | 受療者との続柄                       |   | 申請者との同居 |
|             | 1月1日時点の住所（1月～6月は前年、7月～12月は本年） |   |         |
| フリガナ<br>氏 名 |                               |   |         |
| 生年月日        | 年                             | 月 | 日       |
| 住 所         | 受療者との続柄                       |   | 申請者との同居 |
|             | 1月1日時点の住所（1月～6月は前年、7月～12月は本年） |   |         |

- 注意事項
1. 同意する者が自ら署名を行うこと
  2. 代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状をとること。
  3. 同意が必要な者の数が書名欄より多い場合は欄外に記載して差し支えない。