

函 館 市 長 様

年 月 日

同 意 書

下記の者は、函館市子ども未来部母子保健課が母子保健法第21条の4第1項に基づく事務手続を処理するため、該当年度の地方税関係情報および函館市子ども医療費助成制度または函館市ひとり親家庭等医療費助成制度に係る受給資格の有無について確認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。

同意者	申請者との続柄		
	氏 名		
	生 年 月 日		
	住 所		☐ 申請者と同居
同意者	申請者との続柄		
	氏 名		
	生 年 月 日		
	住 所		☐ 申請者と同居
同意者	申請者との続柄		
	氏 名		
	生 年 月 日		
	住 所		☐ 申請者と同居

記載要領

- 1 同意する方本人が署名してください。
- 2 代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状を添付してください。
- 3 申請書に住所が記載されている場合、住所欄の記入は不要です。
- 4 記載欄が足りない場合は、欄外に記載してください。