未熟児養育医療支給認定に係る同意書

私は、未熟児養育医療支給認定申請にあたり、その認定のために私及び私と生計を同一とする扶養義務者の収入につき市の保有する課税台帳等の市民税関係公簿、市・福祉事務所の保有する生活保護受給者台帳を閲覧することについて同意します。

また、市町村民税関係公簿及び生活保護受給者台帳が貴市以外の市町村・福祉事務所にある場合には、関係書類について所持している市町村・福祉事務所から貴市に資料提供することに同意します。

なお、以上の内容については、次の者の承諾を得ています。

年　　月　　日

福知山市長　様

（申請者）

住　所　　福知山市

氏　名　　印（記名押印または自筆による署名）

個人番号												

承諾者（申請者と生計を同一とする扶養義務者）

氏　　名	続　柄	個人番号											

この申請書に記載いただいた特定個人情報（福知山市個人情報保護条例（平成16年福知山市条例第22号）第2条第5号に規定する特定個人情報をいう。）は、福知山市未熟児養育医療給付に係る事務に利用します。