

様式第2号（第4条関係）

同意書

上市町妊婦初回産科受診料助成事業の利用に係る審査のため、生活保護の記録及び税情報について、町長が関係機関に調査及び照会をし、並びに関係する台帳等を閲覧することに同意します。

年 月 日

住所

（申請者） 氏名

氏名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

※申請者の世帯に属する全ての者（未成年者及び成年後見人を除く。）が署名してください。