年　　月　　日

大 和 市 長　あて

照 会 同 意 書

私（対象児と生計を一にする下記の扶養義務者）は、（対象児氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の未熟児養育医療の給付の申請をするにあたり、大和市が、母子保健法第 21 条の 4 第 1 項による自己負担額の決定に関し、必要な年度の地方税関係情報を照会、確認することに同意します。

【対象児と生計を一にする扶養義務者】

※18 歳以下で、ご本人の年間合計所得が 48 万円未満の方は記入しないでください。

ご本人が署名してください

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

個人番号

申請日が 6 月 30 日までは昨年 1 月 1 日
7 月 1 日以降は今年 1 月 1 日の所在地

都道府県　　市区町村

ご本人が署名してください

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

個人番号

申請日が 6 月 30 日までは昨年 1 月 1 日
7 月 1 日以降は今年 1 月 1 日の所在地

都道府県　　市区町村

ご本人が署名してください

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

個人番号

申請日が 6 月 30 日までは昨年 1 月 1 日
7 月 1 日以降は今年 1 月 1 日の所在地

都道府県　　市区町村

ご本人が署名してください

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

個人番号

申請日が 6 月 30 日までは昨年 1 月 1 日
7 月 1 日以降は今年 1 月 1 日の所在地

都道府県　　市区町村