

薩摩川内市長 様

助成金交付申請に係る資格確認等同意書

初回産科受診費用助成金交付申請に際し、それぞれ同意者の欄に記載された本人に係る下記に関する証明書の提出に代えて、当課において、確認、照会及び調査並びに市と医療機関等が支援に必要な情報を共有することに同意します。

記

- 1 非課税世帯
- 2 生活保護世帯
- 3 その他（ ）

	氏名	申請者との続柄	生年月日	備考
同意者			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	

※ この同意書により確認する個人情報は、上記目的にのみ使用し、その他の目的に利用することはありません。

記載要領

- 1 検査日において、同一の世帯に属する者全員の同意を必要とします。
- 2 次項に掲げる場合を除き、同意者が自ら署名を行うこと。
- 3 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。