

同 意 書

年 月 日

(宛先) 上越市長

母子保健法第20条第6項の規定による養育医療費の支給する額の認定のために必要な所得の状況等を調査するため、私と児童の扶養義務者の課税台帳を閲覧（確認）又は公用申請することに同意します。

(申請者)

住 所 _____

氏 名 _____

(扶養義務者)

住 所 _____

氏 名 _____

住 所 _____

氏 名 _____

住 所 _____

氏 名 _____

住 所 _____

氏 名 _____

※署名または記名押印してください。