

私は、福祉医療給付に関する事務において、以下のことについて同意いたします。

- ☐ 必要に応じ私の住民税課税台帳を閲覧すること。
- ☐ 必要に応じ私とこどもの社会保険各法による健康保険の資格情報を取得すること。
- ☒ 親子健やか医療制度において、必要に応じ に関する情報を取得すること。

令和 年 月 日

[illegible][illegible]