

同 意 書

年 月 日

燕 市 長 様

燕市未熟児養育医療事務取扱要綱第4条第2項第4号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の調査について、燕市に必要な調査をされることに同意します。

住 所 燕市

---

氏 名 印

---

住 所 燕市

---

氏 名 印

---

住 所 燕市

---

氏 名 印

---

住 所 燕市

---

氏 名 印

---

住 所 燕市

---

氏 名 印

---

※記名押印に代えて署名することができます。