

同意書

年 月 日

松野町長 様

申請者 住所

申請者氏名

住所

(□同上)

対象者氏名

松野町妊産婦等交通費助成事業補助金の申請に当たり、本事業担当者が医療機関への受診状況等について関係機関に確認することについて同意します。

----- 以下、松野町記入欄 -----

- 1 医療機関の受診状況に関する事。 必要 不要  
(医療機関への照会に関する事。)
- 2 乳幼児医療の受給状況に関する事。 必要 不要

確認結果

※1及び2の状況確認において担当者が異なる場合、確認した者の氏名を記入すること。

確認者1 \_\_\_\_\_ (印)

確認者2 \_\_\_\_\_ (印)