**同　　意　　書**

　私は、未熟児養育医療受給に係る申請にあたり、その認定のために、三宅町職員が私及び私の世帯員の収入につき三宅町の保有する課税台帳等の市町村民税関係公簿、生活保護受給者台帳及び公的年金の受給状況等を閲覧することについて同意します。なお、以上の内容については、次の者の承諾を得ています。

（申請者）　住所　　奈良県磯城郡三宅町

　　　　　　氏名

　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (フリガナ)  氏　　名 | 生年月日 | 続柄 | 住所 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |