

様式第4号（第3条関係）

同 意 書

年 月 日

（あて先） 南魚沼市長

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について、南魚沼市子育て支援課が閲覧することに同意します。

住 所

---

氏 名

印

---

住 所

---

氏 名

印

---