

同意書

令和 年 月 日

北名古屋市長 様

住 所 北名古屋市

氏 名

生年月日 大正・昭和 年 月 日

私は、予防接種公費負担額交付申請をするにあたり、北名古屋市の自己負担料の免除該当者又は接種対象者かを調査・確認するため、私の個人情報を使用することに同意します。

※こちらは記入しないでください

保健センター 確認者		社会福祉 担当者名	
確認日	年 月 日	該当(生保、身障1級)・非該当	

*身障1級は、呼吸器・循環器、免疫不全等の内部疾患のみ(肢体は非該当)