様式第４号（第４条関係）

充　当　同　意　書

（宛　先）　能登町長

能登町子ども医療費の給付に関する条例第４条の規定により、私が受けることができる給付について、下記の養育医療に係る養育負担金に充てることに同意します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人 | 氏名 |  | 生年月日 |  |
| 扶養義務者 | 氏名 |  | 本人との続柄 |  |
| 養育医療給付申請期間 | 　　　　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |

令和　　　年　　　月　　　日

（子ども医療費給付対象者）

住所

氏名