

第4号様式（第6条第2項）

年 月 日

大網白里市長 様

住 所
氏 名 印

注 本人が氏名を自署することにより
押印を省略することができます。

個人情報確認同意書

私は、大網白里市特別の理由による任意予防接種費用助成金の交付の申請に当たり、私に係る下記の事項について、市の職員が市が保有する公簿等により確認することについて同意します。

また、接種対象者に係る必要な情報があるときは、市の職員が医療機関等に問い合わせることについても併せて同意します。

記

- 1 住民登録状況
- 2 市民税の課税状況