

小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付事業に関する同意書

年 月 日

（宛先） 瀬戸市長

対 象 者

現 住 所

父 氏 名

母 氏 名

私たちは、瀬戸市小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付事業に係る下記の事項について同意します。

記

- (1) 用具を給付するのに必要な要件を確認するため、当該対象者の扶養義務者全員の市町村民税の課税状況及び世帯情報について閲覧すること。
- (2) 転入前の課税状況が必要な場合に限り、マイナンバー（個人番号）を基に地方税関係情報について行政間の情報提供ネットワークシステムを介して取得すること。