

同意書

私は、本日(インフルエンザ・高齢者肺炎球菌)予防接種費用の助成を受けるにあたり、診療依頼証又は医療券を提示出来ませんでしたので、健康推進課からひと・暮らし支援課に生活保護受給状況について照会することについて同意します。

令和 年 月 日

別府市健康推進課 あて

住 所

別府市

(ふりがな)

自 署

生年月日(明治・大正・昭和) 年 月 日(男・女)