

別 紙

年 月 日

同 意 書

浅口市教育委員会 様

(保護者)

住 所

氏 名

㊟

私は、浅口市より次の特定教育・保育施設等に対し、実費徴収に係る補足給付の交付を受けることに同意します。

また、給付の決定に当たって、浅口市が必要な範囲で私の世帯の世帯情報及び市町村民税の情報（同居親族を含む。）を閲覧すること並びに給付の可否を特定教育・保育施設等に対し通知することに同意します。

記

対象児童	氏 名	
	生年月日	
	住 所	
	対象者区分	
	利用施設名	