

# 同意書

能代市から福祉医療費現金給付を受けるのに必要ですので、  
私の（被扶養者である \_\_\_\_\_ の）医療給付費の内容を  
能代市に提供することに同意します。

年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_