**個人情報提供承諾書**

**母子保健法第２１条の４に定める負担金額の決定のために、本人と保護者の世帯構成及び所得額について、担当課が確認することを承諾します。**

**年　　　月　　　日**

**住所**

**氏名　　　　　　　　　　　　印**