（様式第１号）

同　意　書

（提出先）

大阪市　　区保健福祉センター所長

私は、家事・育児訪問支援事業において、訪問支援員の派遣を受けることに同意します。
なお、派遣を受けるにあたり、大阪市が家事・育児訪問支援事業の事業者に対して、必要な個人情報を提供すること、及び家事・育児訪問支援事業の事業者が大阪市に対して必要な個人情報を提供することについても同意します。
また、大阪市が必要に応じて所得調査及び生活保護受給状況の調査を行うことに同意します。

令和　　年　　月　　日

氏名（保護者）　　（生年月日：　　）

住所

住民票上の住所
※上記と異なる場合のみ記入

・住民票上の世帯に属する世帯員について以下に記入してください。

氏名	生年月日	続柄	住所（住民票上の住所）
ﾌﾘｶﾞﾅ			□同上
ﾌﾘｶﾞﾅ			□同上
ﾌﾘｶﾞﾅ			□同上
ﾌﾘｶﾞﾅ			□同上
ﾌﾘｶﾞﾅ			□同上
ﾌﾘｶﾞﾅ			□同上
ﾌﾘｶﾞﾅ			□同上
ﾌﾘｶﾞﾅ			□同上