同　意　書（保健センター連絡用）

（あて先）
大和郡山市長
（子育ち支援課/保健センター「さんて郡山」）

住　所	大和郡山市 町（町名まで）
申請者氏名	
乳児氏名	
電話番号	（後日担当保健師よりご連絡いたします。 平日日中に連絡のつきやすい番号をご記入下さい。） （　　） □自宅□母携帯□その他（　　）

母子保健法第19条に規定する訪問指導等親子の健康管理に使用するため、私が大和郡山市長あてに申請を行った養育医療給付申請書の添付書類である養育医療意見書の登載情報を大和郡山市保健センターに供することに同意します。