

喜多方市長 様

年 月 日

同 意 書

下記の者は、市の保健課が母子保健法第21条に基づく事務手続を処理するために限って 年
の地方税関係情報について取得することを同意します。

なお、本書の複製は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添え
ます。

同 意 者	申請者との続柄	☐ 申請者と同居
	フリガナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	T・S・H 年 月 日
	住 所	
同 意 者	申請者との続柄	☐ 申請者と同居
	フリガナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	T・S・H 年 月 日
	住 所	
同 意 者	申請者との続柄	☐ 申請者と同居
	フリガナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	T・S・H 年 月 日
	住 所	
同 意 者	申請者との続柄	☐ 申請者と同居
	フリガナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	T・S・H 年 月 日
	住 所	
同 意 者	申請者との続柄	☐ 申請者と同居
	フリガナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	T・S・H 年 月 日
	住 所	

記載要領

- 1 同意する者が自ら署名を行うこと。
- 2 代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状をとること。
- 3 申請書等に同意が必要な者の住所を記入している場合、同意書への住所の記入は省略してもよい。
- 4 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は欄外に記載しても差し支えない。