

年 月 日

富里市長

様

同意書

下記のものは、富里市健康推進課が母子保健法第21条の4第1項の規定に基づく事務を処理するために限って、
年度の地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限り同意することを申し添えます。

同意者 (申請者)	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日生
	住所			
同意者	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日生
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居	申請者との続柄	
同意者	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日生
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居	申請者との続柄	
同意者	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日生
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居	申請者との続柄	
同意者	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日生
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居	申請者との続柄	

備考

- 1 同意者の欄には、必ず同意者本人が署名してください。
- 2 代理人が同意書に署名する場合は、本人からの委任状を添付してください。
- 3 同意者が申請者と同居している場合は、住所欄の□にレ印を付してください。
また、申請書等に同意者の住所を記入している場合は、住所欄の記入を省略できます。