

様式第4号（第5条関係）

（あて先）三芳町長

年 月 日

同 意 書

下記の者は、三芳町健康増進課が、母子保健法第21条の4第1項による事務手続き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って同意することを申し添えます。

同意書	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意書	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意書	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居

様式第4号（第5条関係）

同意書	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意書	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意書	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居

記載要領

- 1 同意する方が自ら署名してください。なお、代理の方が記入する場合は、本人の委任状を添付してください。
- 2 同意が必要な方が署名欄より多い場合は、欄外に記入してください。