

同 意 書

下記の者は、福井市子ども福祉課が母子保健法第21条の4第1項に基づく費用の徴収事務を処理するために限って、平成 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。

平成 年 月 日

同意者	住 所	<input type="checkbox"/> 本人と同居	
	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
	本人との続柄		
同意者	住 所	<input type="checkbox"/> 本人と同居	
	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
	本人との続柄		
同意者	住 所	<input type="checkbox"/> 本人と同居	
	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
	本人との続柄		
同意者	住 所	<input type="checkbox"/> 本人と同居	
	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
	本人との続柄		

同意者	住 所	<input type="checkbox"/> 本人と同居	
	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
	本人との続柄		
同意者	住 所	<input type="checkbox"/> 本人と同居	
	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
	本人との続柄		
同意者	住 所	<input type="checkbox"/> 本人と同居	
	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
	本人との続柄		
同意者	住 所	<input type="checkbox"/> 本人と同居	
	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
	本人との続柄		

(注意事項)

- 1 同意者は自ら署名してください。
- 2 代理人が署名する場合には、同意者からの委任を証する書面を提出してください。

(受療者) 氏 名

(扶養義務者) 住 所

氏 名

⑩