

真岡市長 様

申請者氏名 _____ 印
 申請者住所 _____
 生年月日 _____

同 意 書

私は、母子保健法施行細則に基づく事務手続を処理するために限り、 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	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	(申請者との同居 有・無)
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	(申請者との同居 有・無)
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	(申請者との同居 有・無)
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	(申請者との同居 有・無)

※同意者の欄は、同意者本人が署名を行ってください。

※代理人が提出する場合などは、申請者や同意者からの委任状が必要になります。