

美祢市長 様

年 月 日

## 同 意 書

下記の者は、母子保健法第 21 条の 4 第 1 項に基づく事務処理を行うために限って  
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。

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

### 記載事項

- 1 同意するもの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  
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、欄外に記入して差し支えない