

三郷町長 様

年 月 日

同 意 書

下記の者は三郷町が母子保健法第21条の4第1項に基づく事務手続きを処理するために  
限って、個人番号を利用し、地方税関係情報を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	対象者との続柄	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	
	住 所	<input type="checkbox"/> 対象者と同居
同意者	対象者との続柄	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	
	住 所	<input type="checkbox"/> 対象者と同居
同意者	対象者との続柄	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	
	住 所	<input type="checkbox"/> 対象者と同居