

三郷町長 様

年 月 日

同 意 書

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、該当する年度の
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 |