

東近江市長 様

年 月 日

同 意 書

下記の者は、東近江市の健康推進課が母子保健法第20条第1項に基づく事務を処理するために限って 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 | <input type="checkbox"/> 申請者と同居 |
| 同意者 | 申請者との続柄 | |
| | フリガナ | |
| | 氏 名 | |
| | 生年月日 | |
| | 住 所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同居 |
| 同意者 | 申請者との続柄 | |
| | フリガナ | |
| | 氏 名 | |
| | 生年月日 | |
| | 住 所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同居 |
| 同意者 | 申請者との続柄 | |
| | フリガナ | |
| | 氏 名 | |
| | 生年月日 | |
| | 住 所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同居 |

| | | |
|-----|---------|---------------------------------|
| 同意者 | 申請者との続柄 | |
| | フリガナ | |
| | 氏名 | |
| | 生年月日 | |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同居 |
| 同意者 | 申請者との続柄 | |
| | フリガナ | |
| | 氏名 | |
| | 生年月日 | |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同居 |
| 同意者 | 申請者との続柄 | |
| | フリガナ | |
| | 氏名 | |
| | 生年月日 | |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同居 |
| 同意者 | 申請者との続柄 | |
| | フリガナ | |
| | 氏名 | |
| | 生年月日 | |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同居 |
| 同意者 | 申請者との続柄 | |
| | フリガナ | |
| | 氏名 | |
| | 生年月日 | |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同居 |