

令和 年 月 日

鹿角市長 様

同 意 書

下記の者は、鹿角市が母子保健法第21条の4第1項に基づく事務手続を処理するために限り、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。

○同意者欄

申請者住所 :			
同意者記名押印欄	申請者との続柄	生年月日	住 所
フリガナ	本人	年 月 日	
フリガナ		年 月 日	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
フリガナ		年 月 日	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
フリガナ		年 月 日	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
フリガナ		年 月 日	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
フリガナ		年 月 日	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
フリガナ		年 月 日	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ

注 意 事 項

- 1 同意する者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、本人からの委任状をとること。
- 3 同意者の住所が申請者の住所と同じ場合、同意書への住所の記入は省略してよい。