

南知多町長 殿

年 月 日

同意書

下記の者は南知多町保健介護課が母子保健法第21条の4第1項に基づく未熟児養育医療給付事務手続き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て同意することを申し添えます。

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

記載要領

- 1 同意する方が自ら署名を行ってください。
- 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ってください。
- 3 申請書に同意が必要な者の住所を記入している場合、同意書への住所の記入は省略できます。
- 4 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は欄外、裏面に記載してください。