

平成 年 月 日

（宛先） 亀 岡 市 長

同 意 書

下記の者は、亀岡市が、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って平成 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。

扶養義務者	本人との続柄	
	フリカゝナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	
	住 所	<input type="checkbox"/> 本人と同居
扶養義務者	本人との続柄	
	フリカゝナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	
	住 所	<input type="checkbox"/> 本人と同居
扶養義務者	本人との続柄	
	フリカゝナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	
	住 所	<input type="checkbox"/> 本人と同居
扶養義務者	本人との続柄	
	フリカゝナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	
	住 所	<input type="checkbox"/> 本人と同居

記載上の注意

- ・ 同意する者が自ら署名をしてください。
- ・ 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。
- ・ 申請書等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することができます。