

## 同 意 欄

中山町長 殿

年 月 日

下記の者は、中山町健康福祉課が母子保健法第二十一条の四に基づく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

**記載要領**

- 1 同意する者が自ら署名を行うこと。
- 2 代理人が同意欄に署名する場合、本人からの委任状をとること。
- 3 申請書等に同意が必要な者の住所を記入している場合、同意欄への住所の記入は省略してもよい。
- 4 同意が必要な者が署名欄より多い場合は欄外又は続紙（本様式）に記載して差し支えない。