

様式第3号の2（第5条関係）

同意書

年 月 日

（宛先）茅野市長

下記の者は、茅野市健康づくり推進課が母子保健法第21条の4第1項及び茅野市母子保健法施行細則第11条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の取得及び生活保護受給確認を行うことに同意します。

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。このことについて、下記のとおり申請します。

記

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 代理人が同意書に署名をする場合は、本人の委任状も合わせて提出すること。
 - 3 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は、用紙を追加し記載すること。
- 上記についての確認が出来ない場合は、確認に必要な証明書を提出していただく場合があります。