

令和 年 月 日

伊佐市長 様

同 意 書

下記の者は、伊佐市のこども課が母子保健法施行細則に基づく事務処理を処理するために限って
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	申請者との続柄		
	フリガナ		
	氏 名		
	生 年 月 日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 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	大正 ・ 昭和 ・ 平成 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	大正 ・ 昭和 ・ 平成 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	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日	
	住 所		<input type="checkbox"/> 申請者と同居