

別記第1号様式（第4関係）

同 意 書

年 月 日			
稚 内 市 長 様			
下記の者は、母子保健法施行規則第9条第1項に基づく養育医療給付の申請に関する事務手続を処理するために地方税関係情報について取得することに同意します。			
同意者	申請者との続柄		
	（フリガナ） 氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日	
	住 所		申請者と同居 <input type="checkbox"/>
同意者	申請者との続柄		
	（フリガナ） 氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日	
	住 所		申請者と同居 <input type="checkbox"/>
同意者	申請者との続柄		
	（フリガナ） 氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日	
	住 所		申請者と同居 <input type="checkbox"/>

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する場合、本人からの委任状をとること。