

税情報に係る同意書

以下の者は、豊田市が受療者_____に係る
母子保健法第21条に基づく事務手続を処理するために限って、以下の情報に
ついて取得することに同意します。

1 地方税関係情報

当年度（4月から6月までの申請にあつては、前年度）のもの

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	受療者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	受療者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	受療者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居

- 記載要領
- 1 同意する方本人が署名をしてください。
 - 2 18歳未満の兄弟姉妹で未就業の方は記入不要です。
 - 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、同意書への住所の記入は省略可能です。
 - 4 記載欄が足りない場合は、裏面に記載してください。

同意者	受療者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	受療者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	受療者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	受療者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	受療者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居