

様式第7号（第4条関係）

白浜町長 様

年 月 日

（表面）

同 意 書

下記の者は、白浜町母子保健法施行細則第4条に基づく事務手続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	年 月 日
	住所	(□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	年 月 日
	住所	(□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	年 月 日
	住所	(□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	年 月 日
	住所	(□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	年 月 日
	住所	(□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	年 月 日
	住所	(□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	年 月 日
	住所	(□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	年 月 日
	住所	(□申請者と同居)

記載上の注意

- ・同意する者が自ら署名してください。
- ・代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状をとってください。
- ・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を省略することができます。
- ・同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は欄外に記載してください。