

恵那市長 様

養育医療給付申請に係る税務情報利用同意書

私は、母子保健法第21条の4第1項に基づく事務手続を処理するために限って、恵那市職員が地方税関係情報を取得することに同意します。

税務情報を取得することに同意する者

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

記載要項

- 1 同意する者が署名又は記名押印すること。
- 2 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してもよい。
- 3 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差し支えない。