

年 月 日

個人番号による地方税関係情報の取得に係る同意書

次の者は、平群町が母子保健法第21条の4に基づく事務手続きを処理するために限り、個人番号を利用し、地方税関係情報を取得することに同意します。

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

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。
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してもよい。
4. 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。