

同意書

申請者である私及び下記の者は、足立区長が母子保健法第21条の4第1項の規定により徴収する費用の額に相当する額を算定するため、私及び下記の者の地方税関係情報について取得することに同意いたします。

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。

↓ 申請者以外に同意者がいる場合は、必ずチェックしてください。

今回申請する事務処理について、申請者は家族（同一世帯及び対象児童を現に扶養している世帯外扶養義務者）の委任及び同意を得ています。

※原則、「世帯調書」に記入いただいた家族の方全員を、この同意書に記入してください。

1	申請者 (同意者)	氏名／(フリガナ)	／ ()			
		生年月日	S・H・R	年 月 日	患者との 続柄	
		住 所	足立区			
		※1月1日時点の住所地 【足立区以外の場合に記入】		都・道 府・県	市・区 町・村	
2	同意者 (患者本人)	氏名／(フリガナ)	／ ()			
		生年月日	S・H・R	年 月 日	患者との 続柄	
		住 所	<input type="checkbox"/> 上記申請者と同一住所につき省略			
		※1月1日時点の住所地 【足立区以外の場合に記入】		都・道 府・県	市・区 町・村	
3	同意者	氏名／(フリガナ)	／ ()			
		生年月日	S・H・R	年 月 日	患者との 続柄	
		住 所	<input type="checkbox"/> 上記申請者、 <input type="checkbox"/> 患者本人と同一住所につき省略			
		※1月1日時点の住所地 【足立区以外の場合に記入】		都・道 府・県	市・区 町・村	
4	同意者	氏名／(フリガナ)	／ ()			
		生年月日	S・H・R	年 月 日	患者との 続柄	
		住 所	<input type="checkbox"/> 上記申請者、 <input type="checkbox"/> 患者本人と同一住所につき省略			
		※1月1日時点の住所地 【足立区以外の場合に記入】		都・道 府・県	市・区 町・村	

※申請月が1～6月の場合は前年、7～12月の場合は本年

(この面では足りない場合は、裏面にご記入ください。)

(表面では足りない場合は、この面にご記入ください。)

5	同意者	氏名／(フリガナ)	／()		
		生年月日	S・H・R	年 月 日	患者との続柄
		住 所	□上記申請者、□患者本人と同一住所につき省略		
		※1月1日時点の住所地 【足立区以外の場合に記入】	都・道 府・県	市・区 町・村	
6	同意者	氏名／(フリガナ)	／()		
		生年月日	S・H・R	年 月 日	患者との続柄
		住 所	□上記申請者、□患者本人と同一住所につき省略		
		※1月1日時点の住所地 【足立区以外の場合に記入】	都・道 府・県	市・区 町・村	
7	同意者	氏名／(フリガナ)	／()		
		生年月日	S・H・R	年 月 日	患者との続柄
		住 所	□上記申請者、□患者本人と同一住所につき省略		
		※1月1日時点の住所地 【足立区以外の場合に記入】	都・道 府・県	市・区 町・村	
8	同意者	氏名／(フリガナ)	／()		
		生年月日	S・H・R	年 月 日	患者との続柄
		住 所	□上記申請者、□患者本人と同一住所につき省略		
		※1月1日時点の住所地 【足立区以外の場合に記入】	都・道 府・県	市・区 町・村	
9	同意者	氏名／(フリガナ)	／()		
		生年月日	S・H・R	年 月 日	患者との続柄
		住 所	□上記申請者、□患者本人と同一住所につき省略		
		※1月1日時点の住所地 【足立区以外の場合に記入】	都・道 府・県	市・区 町・村	

※申請月が1～6月の場合は前年、7～12月の場合は本年