

年 月 日

(宛先) 茅ヶ崎市長

同意書

次の者は、茅ヶ崎市小児医療費助成事業の申請にあたり、この事業の事務手続きを処理するために、必要な年度の地方税関係情報について職員が取得することに同意します。

同意者 (申請者)	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	昭和・平成	年 月 日	子との続柄
	①今年1月1日の住所 ※茅ヶ崎市以外のみ記入		都道府県	市区町村
	②昨年1月1日の住所 ※茅ヶ崎市以外のみ記入	<input type="checkbox"/> ①と同じ場合はチェック	都道府県	市区町村
③一昨年1月1日の住所 ※茅ヶ崎市以外のみ記入	<input type="checkbox"/> ②と同じ場合はチェック	都道府県	市区町村	
同意者 (配偶者)	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	昭和・平成	年 月 日	子との続柄
	①今年1月1日の住所 ※茅ヶ崎市以外のみ記入		都道府県	市区町村
	②昨年1月1日の住所 ※茅ヶ崎市以外のみ記入	<input type="checkbox"/> ①と同じ場合はチェック	都道府県	市区町村
③一昨年1月1日の住所 ※茅ヶ崎市以外のみ記入	<input type="checkbox"/> ②と同じ場合はチェック	都道府県	市区町村	

※同意する者が自ら署名を行うこと。