

記入見本

第5号様式（第3条関係）

同意書

申請書を提出する日

令和 年 月 日

(宛先) 春日井市長

次の者は、受療者の母子保健法第21条に基づく事務手続を処理するために限って、春日井市が個人番号を利用し、市町村民税に係る情報及び生活保護受給状況を取得することに同意します。

赤ちゃんと生計を同じにしている方は自署してください

受療者 氏名 春日井 一郎 赤ちゃんの氏名・生年月日
生年月日 令和 ▲ 年 5 月 23 日

同意者 1	ふりがな氏名	かすがい たろう 春日井 太郎		
	生年月日	平成2年 1月 3日	受療者との続柄	父
	住 所	春日井市鳥居松町●丁目●番地		<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同居
	年			<input checked="" type="checkbox"/> 同上
1月1日の住所				
同意者 2	ふりがな氏名	かすがい はなこ 春日井 花子		
	生年月日	平成3年 4月 5日	受療者との続柄	母
	住 所			<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同居
	令和 ● 年	〇〇県▲▲市□□町1丁目2番地3		<input type="checkbox"/> 同上
1月1日の住所				

1～6月に申請の方は、前年1月1日の住所、7～12月に申請の方は、当年1月1日の住所が現住所と異なる場合に記入してください

同意者 3	ふりがな 氏名	とうふう はなみ 道風 花美		
	生年月日	昭和 35 年 6 月 7 日	受療者との続柄	祖母
	住 所	〇〇県▲▲市□□町 1 丁目 2 番地 3		<input type="checkbox"/> 申請者と同居
	年 1 月 1 日の住所			<input checked="" type="checkbox"/> 同上
同意者 4	ふりがな 氏名			
	生年月日	年 月 日	受療者との続柄	
	住 所			<input type="checkbox"/> 申請者と同居
	年 1 月 1 日の住所			<input type="checkbox"/> 同上
同意者 5	ふりがな 氏名			
	生年月日	年 月 日	受療者との続柄	
	住 所			<input type="checkbox"/> 申請者と同居
	年 1 月 1 日の住所			<input type="checkbox"/> 同上
同意者 6	ふりがな 氏名			
	生年月日	年 月 日	受療者との続柄	
	住 所			<input type="checkbox"/> 申請者と同居
	年 1 月 1 日の住所			<input type="checkbox"/> 同上

注 同意する方本人が署名してください。