

第5号様式（第3条関係）

同意書

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。

受療者 氏名 _____

生年月日 令和 年 月 日 _____

同意者 1	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	
	令和5年 1月1日の住所				<input type="checkbox"/> 同上	
同意者 2	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	
	令和5年 1月1日の住所				<input type="checkbox"/> 同上	

同意者 3	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	
	令和5年 1月1日の住所				<input 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	
	令和5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	
	令和5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	
	令和5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。