（宛先）静岡市保健所長

令和　　年　月　日

同　意　書

下記の者は、静岡市保健所総務課が母子保健法第 20 条に基づく事務手続を処理するために限って必要な税情報や手当の受給、世帯情報等について取得することに同意します。

また、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。

同意者	本人との続柄	本人
	マイナンバー	
	氏名	
	生年月日	
	住所	☐ 申請者と同居
同意者	本人との続柄	
	マイナンバー	
	氏名	
	生年月日	
	住所	☐ 申請者と同居
同意者	本人との続柄	
	マイナンバー	
	氏名	
	生年月日	
	住所	☐ 申請者と同居

同意者	本人との続柄	
	マイナンバー	
	氏名	
	生年月日	
	住所	☐ 申請者と同居
同意者	本人との続柄	
	マイナンバー	
	氏名	
	生年月日	
	住所	☐ 申請者と同居
同意者	本人との続柄	
	マイナンバー	
	氏名	
	生年月日	
	住所	☐ 申請者と同居

記載要領

1　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。

2　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。