

年 月 日

(提出先) 茨木市長

同 意 書

下記の事務手続の処理に必要があるときは、私の地方税関係情報を茨木市が取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効となります。

事務手続名： こども医療に関する事務

申請者	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	
	異動日（出生日/転入日等）が 1～6 月の場合は前年 1 月 1 日時点の住所 7～12 月の場合は本年 1 月 1 日時点の住所	
	最年少の子の氏名・生年月日 (子と別居している場合のみ記入)	子の氏名： 生年月日：
	配偶者	ふりがな
配偶者	氏名	
	生年月日	
	異動日（出生日/転入日等）が 1～6 月の場合は前年 1 月 1 日時点の住所 7～12 月の場合は本年 1 月 1 日時点の住所	
	最年少の子の氏名・生年月日 (子と別居している場合のみ記入)	子の氏名： 生年月日：

記載要領

- 1 申請者本人、配偶者本人が自ら署名を行うこと。
- 2 代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状をとること。
- 3 子と同居している場合、最年少の子の氏名・生年月日の記入は省略してもよい。