八王子市長　殿

同　意　書

年　　月　　日

申請者（産婦）氏名（フリガナ）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　　年　　月　　日

八王子市産後ケア事業を利用するにあたり、認定に必要な

私の世帯の課税状況を閲覧することに同意します。

1　同意者（申請者本人）

平成 31 年(2019 年)1 月 1 日住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2　同意者(申請者と同じ世帯員の署名)

・申請者との続柄（　　）

氏名（フリガナ）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日　　年　　月　　日

□申請者と同居

平成 31 年(2019 年)1 月 1 日住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・申請者との続柄（　　）

氏名（フリガナ）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日　　年　　月　　日

□申請者と同居

平成 31 年(2019 年)1 月 1 日住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・申請者との続柄（　　）

氏名（フリガナ）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日　　年　　月　　日

□申請者と同居

平成 31 年(2019 年)1 月 1 日住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※未成年者(15 歳以上)については、親権者の代筆で可