

八王子市長 殿

同意書

年 月 日

申請者（産婦）^{フリガナ}氏名 _____

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 30 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（ _____ ）

^{フリガナ}氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日

申請者と同居

平成 30 年 1 月 1 日住所 _____

・申請者との続柄（ _____ ）

^{フリガナ}氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日

申請者と同居

平成 30 年 1 月 1 日住所 _____

・申請者との続柄（ _____ ）

^{フリガナ}氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日

申請者と同居

平成 30 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