

八王子市長 殿

# 同意書

年 月 日

申請者（産婦）<sup>フリガナ</sup>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）

令和5年(2023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（ \_\_\_\_\_ ）

<sup>フリガナ</sup>氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

申請者と同居

令和5年(2023年)1月1日住所 \_\_\_\_\_

・申請者との続柄（ \_\_\_\_\_ ）

<sup>フリガナ</sup>氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

申請者と同居

令和5年(2023年)1月1日住所 \_\_\_\_\_

・申請者との続柄（ \_\_\_\_\_ ）

<sup>フリガナ</sup>氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

申請者と同居

令和5年(2023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