

八王子市長 殿

同 意 書

年 月 日

申請者（妊娠婦）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）

令和7年（2025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

令和7年（2025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

令和7年（2025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

令和7年（2025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