様式第９号の２（第５条関係）

同　意　書

　　年　　　月　　　日

久喜市長　あて

　久喜市が、母子保健法第２１条の４に基づく徴収金額の決定について個人番号を利用し、住民登録情報、地方税関係情報、生活保護受給状況、その他公的支援給付状況を取得することに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | ふりがな |  | | |
| 氏　　名 |  | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 児童との続柄 |  |
| 住　　所 | □児童と同居 | | |
| 年１月１日  現在住所 |  | | |
| ２ | ふりがな |  | | |
| 氏　　名 |  | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 児童との続柄 |  |
| 住　　所 | □児童と同居 | | |
| 年１月１日  現在住所 |  | | |
| ３ | ふりがな |  | | |
| 氏　　名 |  | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 児童との続柄 |  |
| 住　　所 | □児童と同居 | | |
| 年１月１日  現在住所 |  | | |
| ４ | ふりがな |  | | |
| 氏　　名 |  | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 児童との続柄 |  |
| 住　　所 | □児童と同居 | | |
| 年１月１日  現在住所 |  | | |

※　同意者自ら署名してください。

※　代理人が署名する場合は、本人からの委任状を添付してください。

※　同意が必要な者が署名欄より多い場合は、用紙を足してください。