

## 同意書

年 月 日

船橋市長 あて

船橋市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成を受けたいので、世帯の市民税の課税状況を確認することに同意します。

同意者 (申請者)	氏名		
	住所		
同意者	氏名	(申請者との続柄)	
	住所	申請者と同居 <input type="checkbox"/>	その他
同意者	氏名	(申請者との続柄)	
	住所	申請者と同居 <input type="checkbox"/>	その他
同意者	氏名	(申請者との続柄)	
	住所	申請者と同居 <input type="checkbox"/>	その他
同意者	氏名	(申請者との続柄)	
	住所	申請者と同居 <input type="checkbox"/>	その他

- ・同意する者が自ら署名をおこなってください
- ・同意者数が署名欄より多い場合は欄外に記載して差し支えありません

【担当者記入欄】 同意書のみ