

同 意 書

下記の者は、田布施町が乳幼児等医療費助成事業、ひとり親家庭医療費助成事業、重度心身障害者医療費助成事業の事務手続を処理するために限って、該当年度の地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

同意書	個人番号	
	受給者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	本年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同居
同意書	個人番号	
	受給者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	本年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同居
同意書	個人番号	
	受給者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	本年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同居

記載要領

- 1 同意する者が自ら署名を行うこと。
- 2 代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状をとること。
- 3 申請書等に同意が必要な者の住所を記入している場合、同意書への住所の記入は省略してもよい。
- 4 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は欄外に記載して差し支えない。