

光市長 様

同 意 書

下記の者は、光市が福祉医療費給付事業の事務手続を処理する場合に限り、地方税関係情報、また、世帯情報について取得及び調査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。

同意者	個人番号																			
	受給者との続柄																			
	フリガナ																			
	氏名																		印	
	生年月日				年				月				日							
	住所																<input type="checkbox"/>	受給者と同居		
同意者	個人番号																			
	受給者との続柄																			
	フリガナ																			
	氏名																		印	
	生年月日				年				月				日							
	住所																<input type="checkbox"/>	受給者と同居		
同意者	個人番号																			
	受給者との続柄																			
	フリガナ																			
	氏名																		印	
	生年月日				年				月				日							
	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。