

同意書

名取市長あて

令和 年 月 日

申請者（受給者）住所

氏名

下記の者は、名取市子ども支援課が事務手続き（子ども医療費助成、母子父子家庭医療費助成）を処理するために限って地方税関係情報について取得することに同意します。

記

同意者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日		T・S・H 年 月 日
	マイナンバー		- - <input type="checkbox"/> 申請書と同じ
	申請者との続柄		
	1月1日時点 の住所	今年	
昨年			
同意者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日		T・S・H 年 月 日
	マイナンバー		- - <input type="checkbox"/> 申請書と同じ
	申請者との続柄		
	1月1日時点 の住所	今年	
昨年			
同意者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日		T・S・H 年 月 日
	マイナンバー		- - <input type="checkbox"/> 申請書と同じ
	申請者との続柄		
	1月1日時点 の住所	今年	
昨年			

- 記載要領
- 同意する者が自ら署名を行うこと。
 - 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。
 - 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。

同意者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日		T・S・H 年 月 日
	マイナンバー		- - <input type="checkbox"/> 申請書と同じ
	申請者との続柄		
	1月1日時点 の住所	今年	
昨年			
同意者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日		T・S・H 年 月 日
	マイナンバー		- - <input type="checkbox"/> 申請書と同じ
	申請者との続柄		
	1月1日時点 の住所	今年	
昨年			
同意者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日		T・S・H 年 月 日
	マイナンバー		- - <input type="checkbox"/> 申請書と同じ
	申請者との続柄		
	1月1日時点 の住所	今年	
昨年			
同意者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日		T・S・H 年 月 日
	マイナンバー		- - <input type="checkbox"/> 申請書と同じ
	申請者との続柄		
	1月1日時点 の住所	今年	
昨年			

- 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. 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。