

同意書

下記の者は、下妻市保険年金課医療福祉係が下妻市医療福祉費支給に関する条例第4条に基づく事務手続を処理するために限って令和 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り同意することを申し添えます。

同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居

記載要領

- 1 同意する者が自ら署名をして下さい。
- 2 代理の方が同意書に署名する場合、同意者ご本人の委任状が別途必要です。
- 3 申請書等に同意が必要な方が住所を記入している場合、同意書への住所の記入は省略可。
- 4 同意が必要な方の数が署名欄より多い場合は次頁に記載してください。

(同意者を追加する場合)

同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居