

平川市長 様

年 月 日

同意書

下記の者は、平川市の子育て健康課が平川市子ども医療費給付条例第4条第1項及び平川市子ども医療費給付条例施行規則第6条第1項に基づく事務手続き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。

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 | 申請者との続柄 | |
| | フリガナ | |
| | 氏名 | |
| | 生年月日 | 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 | 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。