

# 同意書

私は、春日市国保医療課が、以下に基づく事務手続を処理するために限って、 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。

- ① 春日市子ども医療費の支給に関する条例第5条に規定する受給資格の認定及び更新
  - 2 春日市重度障害者医療費の支給に関する条例第5条に規定する受給資格の認定及び更新
  - 3 春日市ひとり親家庭等医療費の支給に関する条例第5条に規定する受給資格の認定及び更新
- 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て同意することを申し添えます。

同意者	個人番号												
	フリガナ											受給者との続柄	
	氏名												
	生年月日	年			月			日			電話番号 ( )	-	
	現住所												
	年1月1日現在の住所												
同意者	個人番号												
	フリガナ											受給者との続柄	
	氏名												
	生年月日	年			月			日			電話番号 ( )	-	
	現住所												
	年1月1日現在の住所												

### 記載要領

- 1 同意する者が自ら署名を行ってください。
- 2 代理人(法定代理人を除く。)が署名する場合、本人からの委任状を受けてください。
- 3 同意者の本人確認書類の写しを添付してください。  
本人確認書類とは  
1点で良い場合:官公署が発行した顔写真付き証明書  
2点必要な場合:公的機関が発行した、「氏名・生年月日」または「氏名・住所」が記載されたもの。

### <春日市記入欄>

受給者氏名 【           】【           】【           】【           】

受給者生年月日 【           】【           】【           】【           】

受給者番号 【           】【           】【           】【           】

住民コード 【           】【           】【           】【           】

世帯コード 【           】 連携日: \_\_\_\_\_