

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												
	令和2年1月1日 現在の住所												
	令和3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												
	令和2年1月1日 現在の住所												
	令和3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: _____