

(宛先)春日市長

_____年 月 日

同意書

次の者は、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
- 2 春日市重度障害者医療費の支給に関する条例第5条
- 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

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。

受給者氏名・生年月日		年 月 日
------------	--	-------

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											<input type="checkbox"/> 受給者と同居	
	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											<input type="checkbox"/> 受給者と同居	
	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 申請書等に同意する者の住所を記入している場合及び「受給者と同居」欄にチェックした場合は、同意書への現住所の記入は省略することができます。
- 4 同意者の身分証(写)を添付してください。