

別紙

同意書

年 月 日

登米市が、登米市障害者医療費の助成に関する条例第6条に基づく事務手続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	フリガナ											申請者との 続柄	
	氏名												
	生年月日	年 月 日											
	現住所	□申請者と同じ(同じ場合は記入不要)											
	1月1日時点 の居住市区町 村	今年	都・道 府・県								市・区 町・村		
		昨年	都・道 府・県								市・区 町・村		
個人番号													

同意者	フリガナ											申請者との 続柄	
	氏名												
	生年月日	年 月 日											
	現住所	□申請者と同じ(同じ場合は記入不要)											
	1月1日時点 の居住市区町 村	今年	都・道 府・県								市・区 町・村		
		昨年	都・道 府・県								市・区 町・村		
個人番号													

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 同意が必要な方の数が署名欄より多い場合は欄外に記載して差し支えない。