

岩沼市長 殿

令和 年 月 日

同意書

下記の者は、岩沼市が岩沼市子ども医療費の助成および岩沼市母子父子家庭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り同意することを申し添えます。

同意者	申請者との続柄		令和 年1月1日時点で住民登録していた市町村名
	フリガナ		()
	氏名		令和 年1月1日時点で住民登録していた市町村名
	生年月日		()
	現在の住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄		令和 年1月1日時点で住民登録していた市町村名
	フリガナ		()
	氏名		令和 年1月1日時点で住民登録していた市町村名
	生年月日		()
	現在の住所		<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 同意が必要な者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。