

医療費助成に係る関係情報取得に関する同意書

柴田町長 殿

平成 年 月 日

【 子ども・母子父子家庭・心身障害者 】 医療費の助成に関する条例に基づく事務処理をするために限り、医療費助成の申請及び更新に必要な地方税関係情報を取得することに同意します。

同意者	フリガナ		申請者との続柄	生年月日
	氏名			年 月 日
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請書記載の住所と同じ（記入不要）		
	1月1日時点の住所	今年	都・道 府・県	市・区 町・村
昨年		都・道 府・県	市・区 町・村	
同意者	フリガナ		申請者との続柄	生年月日
	氏名			年 月 日
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請書記載の住所と同じ（記入不要）		
	1月1日時点の住所	今年	都・道 府・県	市・区 町・村
昨年		都・道 府・県	市・区 町・村	
同意者	フリガナ		申請者との続柄	生年月日
	氏名			年 月 日
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請書記載の住所と同じ（記入不要）		
	1月1日時点の住所	今年	都・道 府・県	市・区 町・村
昨年		都・道 府・県	市・区 町・村	

記載要領

- 1、同意する方は、自ら署名をしてください。
- 2、代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状が必要です。
- 3、同意が得られない場合は、その方の課税証明書の提出が必要になります。
- 4、同意が必要な方が署名欄より多い場合は、裏面に記載してください。