

高砂市長 宛

年 月 日

同 意 書

下記の者は、高砂市が高砂市医療費助成条例に基づく事務手続を処理するためには限って、(西暦) _____ 年度課税分以降の地方税関係情報について取得することに同意します。また、使用する個人番号を住基ネット等で照合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は限って同意することを申し添えます。

同意者1	対象者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	当年1月1日の 都道府県市(町)名	<input type="checkbox"/> 対象者と同居
同意者2	対象者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	当年1月1日の 都道府県市(町)名	<input type="checkbox"/> 対象者と同居
同意者3	対象者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	当年1月1日の 都道府県市(町)名	<input type="checkbox"/> 対象者と同居

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 申請書等に同意が必要な者の住所を記入している場合、同意書への住所の記入は省略してもよい。
- 4 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。

委 任 状

私、_____ は、本同意書に係る権限を代理人、_____ に委任します。