

同 意 書

由仁町長 様

年 月 日

次の者は、由仁町が由仁っ子医療費の助成に関する条例第4条に基づき、受給資格の審査のため地方税関係情報を取得することに同意します。また、受給期間中についても同様に同意します。

なお、本書を複写したものは無効であることを申し添えます。

同意者	ふりがな		生年月日
	氏名 ※1		年 月 日
	申請者との続柄		個人番号 ※2
	住所 ※3	<input type="checkbox"/> 申請者と同居	
同意者	ふりがな		生年月日
	氏名 ※1		年 月 日
	申請者との続柄		個人番号 ※2
	住所 ※3	<input type="checkbox"/> 申請者と同居	
同意者	ふりがな		生年月日
	氏名 ※1		年 月 日
	申請者との続柄		個人番号 ※2
	住所 ※3	<input type="checkbox"/> 申請者と同居	
同意者	ふりがな		生年月日
	氏名 ※1		年 月 日
	申請者との続柄		個人番号 ※2
	住所 ※3	<input type="checkbox"/> 申請者と同居	

- ※1 署名又は記名押印を行ってください。
- ※2 個人番号は町外に住所がある方のみ記入してください。
- ※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「申請者と同居」欄にチェックした場合は、同意書への住所の記入は省略することができます。
- ※4 同意する者の数が署名欄より多い場合は、用紙を追加して記入してください。