

境町長 殿

令和 年 月 日

同意書

下記の者は、境町医療福祉費支給に関する条例第5条に基づく事務手続を処理するために限って、令和 年度¹の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。

フリガナ		生年月日
受給者氏名		大正・昭和・平成・令和 年 月 日

同意者	フリガナ		受給者との続柄
	氏 名		本人・父・母・配偶者・その他（ ）
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	
	電話番号	()	
	現住所	境町	
	1月1日現在の住所		
	マイナンバー	境町外に住所がある方は必ず記入してください	
同意者	フリガナ		受給者との続柄
	氏 名		本人・父・母・配偶者・その他（ ）
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	
	電話番号	()	
	現住所	境町	
	1月1日現在の住所		
	マイナンバー	境町外に住所がある方は必ず記入してください	

<記載要領>

- 1.同意する者が自ら署名すること。
- 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.「1月1日現在の住所」は、情報照会する年の1月1日に住所登録をしていた住所を記入すること。
- 4.同意者が町外在住の場合、マイナンバーがわかるものを用意すること。