

周南市長 様

受給者氏名 _____ (. .)
 (生年月日) _____ (. .)
 _____ (. .)

地方税関係情報の取得に関する同意書

下記の者は、周南市が福祉医療費助成制度の事務手続を処理する場合に限り、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ることを申し添えます。

同意者 1	ふりがな		続柄	生年月日
	氏名			
	電話番号	- -		年 月 日
	個人番号 (マイナンバー)			
	現住所			
	本年1月1日の住所	都・道 府・県	市・区 町・村	
	昨年1月1日の住所	都・道 府・県	市・区 町・村	
同意者 2	ふりがな		続柄	生年月日
	氏名			
	電話番号	- -		年 月 日
	個人番号 (マイナンバー)			
	現住所			
	本年1月1日の住所	都・道 府・県	市・区 町・村	
	昨年1月1日の住所	都・道 府・県	市・区 町・村	

記載要領

1. 同意する者が自ら署名を行うこと
2. 代理人が同意書に記入する場合、本人から委任をとること
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。

職員確認欄

申請種別	ひ親 ・ 乳幼児 ・ こども	受付方法	窓口	郵送
区分	記載方法	本人確認書類		
同意者 1	自署 代筆	マイナンバーカード	免許証	その他 ()
同意者 2	自署 代筆	マイナンバーカード	免許証	その他 ()
同意者 3	自署 代筆	マイナンバーカード	免許証	その他 ()