

(宛先) 千曲市長

年　月　日

同 意 書

下記の者は、千曲市の健康推進課が千曲市福祉医療費給付金条例第4条第2項に基づく事務手続を処理するために限って令和 年度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。

同意者	申請者との続柄		
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日		
	住所 (R.1.1時点の住所)	<input type="checkbox"/> 申請者と同居	
同意者	申請者との続柄		
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日		
	住所 (R.1.1時点の住所)	<input type="checkbox"/> 申請者と同居	
同意者	申請者との続柄		
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日		
	住所 (R.1.1時点の住所)	<input type="checkbox"/> 申請者と同居	

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。