

那珂市長 様

令和 年 月 日

同 意 書

下記の者は、那珂市の健康推進課が那珂市医療福祉費支給に関する条例施行規則第3条に基づく事務手続を処理するため、当該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	受 給 者	
	フリガナ		
	氏 名		
	生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	
	住 所	〒 - 那珂市	

同意者	申請者との続柄	配偶者・扶養義務者等	
	フリガナ		
	氏 名		
	生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	
	住 所	〒 - 那珂市	<input type="checkbox"/> 申請者と同居

同意者	申請者との続柄	配偶者・扶養義務者等	
	フリガナ		
	氏 名		
	生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	
	住 所	〒 - 那珂市	<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は、本人から委任状をとること。
- 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は、同意書への住所の記入は省略してよい。
- 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。