

## 同意書

下記の者は、御浜町の健康福祉課が御浜町福祉医療費の助成に関する条例第4条に基づく事務手続きを処理するために限って地方税関係情報について取得することを同意します。

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り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	
	個人番号	
	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	
	個人番号	
	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	
	個人番号	
	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 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。
- 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。