

# 同意書

下記の者は、柳井市が乳幼児医療費助成事業、子ども医療費助成事業、ひとり親家庭医療費助成事業、重度心身障害者医療費助成事業の事務手続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に同意します。

同意者 1	個人番号																			
	受給者との続柄																			
	フリガナ																			
	氏名																			
	生年月日	年						月						日						
	1月1日時点の住所 (重度障害：1～6月申請なら前年、7月以降なら本年。重度障害以外：1～7月申請なら前年、8月以降なら本年。)																			
同意者 2	個人番号																			
	受給者との続柄																			
	フリガナ																			
	氏名																			
	生年月日	年						月						日						
	1月1日時点の住所 (重度障害：1～6月申請なら前年、7月以降なら本年。重度障害以外：1～7月申請なら前年、8月以降なら本年。)	□同意者 1 と同居																		
同意者 3	個人番号																			
	受給者との続柄																			
	フリガナ																			
	氏名																			
	生年月日	年						月						日						
	1月1日時点の住所 (重度障害：1～6月申請なら前年、7月以降なら本年。重度障害以外：1～7月申請なら前年、8月以降なら本年。)	□同意者 1 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。