

申請者（保護者）住所

氏名

同意書

下記の者は、富谷市〔子ども医療費助成・母子父子家庭医療費助成・心身障害者医療費助成〕の事務手続きに必要な範囲で地方税関係情報について、調査・照会することに同意します。

| | | | | |
|-----|-----------|---------------------------------|---------------------------------|-----|
| 同意者 | フリガナ | | 申請者との | |
| | 氏名 | | 続柄 | |
| | 生年月日 | S・H・R | 年 | 月 日 |
| | マイナンバー | | | |
| | 1月1日時点の住所 | 今年 | | |
| | 昨年 | | | |
| 同意者 | フリガナ | | 申請者との | |
| | 氏名 | | 続柄 | |
| | 生年月日 | S・H・R | 年 | 月 日 |
| | マイナンバー | | | |
| | 1月1日時点の住所 | 今年 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | |
| | 昨年 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | | |
| 同意者 | フリガナ | | 申請者との | |
| | 氏名 | | 続柄 | |
| | 生年月日 | S・H・R | 年 | 月 日 |
| | マイナンバー | | | |
| | 1月1日時点の住所 | 今年 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | |
| | 昨年 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | | |

※同意する者が自ら署名を行うこと。

※代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状を提出すること。

※欄が足りない場合は裏面に記載してください。

| | | | | |
|-----|---------------|---------------------------------|---------------------------------|-----|
| 同意者 | フリガナ | | 申請者との | |
| | 氏名 | | 続柄 | |
| | 生年月日 | S・H・R | 年 | 月 日 |
| | マイナンバー | | | |
| | 1月1日 時点の住所 | 今年 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | |
| | 昨年 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | | |
| 同意者 | フリガナ | | 申請者との | |
| | 氏名 | | 続柄 | |
| | 生年月日 | S・H・R | 年 | 月 日 |
| | マイナンバー | | | |
| | 1月1日 時点の住所 | 今年 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | |
| | 昨年 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | | |
| 同意者 | フリガナ | | 申請者との | |
| | 氏名 | | 続柄 | |
| | 生年月日 | S・H・R | 年 | 月 日 |
| | マイナンバー | | | |
| | 1月1日 時点の住所 | 今年 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | |
| | 昨年 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | | |
| 同意者 | フリガナ | | 申請者との | |
| | 氏名 | | 続柄 | |
| | 生年月日 | S・H・R | 年 | 月 日 |
| | マイナンバー | | | |
| | 1月1日 時点の住所 | 今年 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | |
| | 昨年 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | | |