

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		T		S		H		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		T		S		H		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		T		S		H		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。