

母子・父子家庭医療費助成 記入例

富谷市長あて

平成30年10月 1日

申請者（保護者）住所 富谷市富谷坂松田30番地

氏名 富谷 花子

印

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	トミヤ ハナコ										申請者との	本人	
	氏名	富谷 花子										続柄		
	生年月日	T		S		H		2年		3月		4日		
	マイナンバー	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	
	1月1日時点の住所	今年	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ											宮城県仙台市青葉区国分町3丁目7番1号
昨年		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ											宮城県塩竈市旭町1番1号	
同意者	フリガナ	トミヤ マツコ										申請者との	母	
	氏名	富谷 まつ子										続柄		
	生年月日	T		S		H		34年		5月		6日		
	マイナンバー	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	
	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											宮城県多賀城市中央2丁目1-1	
同意者	フリガナ	トミヤ キクタロウ										申請者との	父	
	氏名	富谷 菊太郎										続柄		
	生年月日	T		S		H		34年		10月		1日		
	マイナンバー	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	
	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											宮城県多賀城市中央2丁目1-1	

※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。