

同意書

下記の者は、檀原市が檀原市(心身障害者医療費/ひとり親家庭等医療費/重度心身障害老人等医療費)の助成に関する事務(資格の審査)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し、所得状況について確認することに同意します。

受給者氏名		宛名コード
同意者 (申請者)	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	
	年1月1日 現在の住所	<input type="checkbox"/> 上記住所と同じ ※上記住所と異なる場合のみ記入
同意者	ふりがな	申請者との続柄
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	年1月1日 現在の住所	<input type="checkbox"/> 上記住所と同じ ※上記住所と異なる場合のみ記入
同意者	ふりがな	申請者との続柄
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	年1月1日 現在の住所	<input type="checkbox"/> 上記住所と同じ ※上記住所と異なる場合のみ記入
同意者	ふりがな	申請者との続柄
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	年1月1日 現在の住所	<input type="checkbox"/> 上記住所と同じ ※上記住所と異なる場合のみ記入

同意者	ふりがな		申請者との続柄
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
	住 所		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	年1月1日現在の住所	<input type="checkbox"/> 上記住所と同じ ※上記住所と異なる場合のみ記入	
同意者	ふりがな		申請者との続柄
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
	住 所		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	年1月1日現在の住所	<input type="checkbox"/> 上記住所と同じ ※上記住所と異なる場合のみ記入	
同意者	ふりがな		申請者との続柄
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
	住 所		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	年1月1日現在の住所	<input type="checkbox"/> 上記住所と同じ ※上記住所と異なる場合のみ記入	
同意者	ふりがな		申請者との続柄
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
	住 所		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	年1月1日現在の住所	<input type="checkbox"/> 上記住所と同じ ※上記住所と異なる場合のみ記入	

記載要領

1. 同意する者が自ら署名を行ってください。
2. 代理人が同意書に署名する場合、本人から委任状を提出してください。
3. 宛名コード欄は記入しないでください。