

同意書

下記の者は、檀原市が檀原市精神障がい者(一般)医療費の助成に関する事務(資格の審査)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	檀原 太郎	宛名コード	
同意者 (申請者)	ふりがな	かしはら たらう	
	氏 名	檀原 太郎	
	生年月日	昭和22年 5月 1日	
	住 所	檀原市〇〇町〇〇番地 現在の住民票上の住所	
	年1月1日現在の住所	<input checked="" 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	かしはら さちこ	申請者との続柄
	氏名	檀原 幸子	子
	生年月日	昭和45年 3月 1日	
	住 所	東京都××区〇〇町〇〇番地	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ
	年1月1日現在の住所	<input checked="" 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	かしはら はなこ	申請者との続柄
	氏名	檀原 花子	妻
	生年月日	昭和25年12月 1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	同意書の記入が必要な方		
	①受給者本人(未成年者を除く)		
	②扶養義務者(受給者が加入している医療保険の被保険者)		
	③受給者と同一世帯の方全員(未成年者を除く)		
	※①②③で同一の方がいる場合は、同意者の欄の記入は1度でかまいません。		
同意者	【例】	【例】	
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">(檀原太郎) 父</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">(檀原花子) 母</div> </div> <div style="margin-top: 10px; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">子 (檀原幸子)</div> </div>	受給者である父が、子の社会保険に加入し、父・母・の 2人世帯である場合 ①父 ②子 ③母 となるため 同意書は、父・母・子3名の記入が必要です。	

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。