

# 同意書

下記の者は、かすみがうら市の国保年金課が医療福祉支給に関する条例第5条に基づく事務処理に限り、.....年度の地方税関係情報を取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

## 記

同意者	フリガナ氏名	
	続柄	
	生年月日	年 月 日生
	住所	<input type="checkbox"/> 対象者と同居
	1月1日の住所	
※情報の取得のための手続きを申請者に委任します。		
同意者	フリガナ氏名	
	続柄	
	生年月日	年 月 日生
	住所	<input type="checkbox"/> 対象者と同居
	1月1日の住所	
※情報の取得のための手続きを申請者に委任します。		

- 記載要領
- 1 同意する者が自ら署名を行うこと。
  - 2 代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状をとること。
  - 3 対象者と同居している場合は、本同意書の住所は省略してもよい。
  - 4 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は、欄外に記載しても差し支えない。
  - 5 「1月1日の住所」は、情報照会する年の1月1日に住所登録をしていた住所を記入する。

申請者 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_