

(宛先)

同意者(申請者)のマイナンバーをご記入ください。

個人番号(マイナンバー)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

令和 年 月 日

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		檀原 花子		宛名コード	
同意者 (申請者)	ふりがな	かしはら たろう			
	氏 名	檀原 太郎			
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日			
	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 状況に応じて「上記住所と同じ」にチェック または 記入をお願いします。			
同意者	ふりがな				申請者との続柄
	氏 名				
	生年月日				
	住 所	1月1日現在の住所は、保険変更日に合わせてご記入ください。  保険変更日 記入する日 令和4年8月1日～令和5年7月31日⇒令和4年1月1日現在の住所 令和5年8月1日～令和6年7月31日⇒令和5年1月1日現在の住所			同じ
	年1月1日現在の住所	※同意者の1月1日時点住所が檀原市外の場合、同意書の欄外の個人番号(マイナンバー)をご記入ください。			
同意者	ふりがな				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下さい。
- 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下さい。
- 3. 宛名コード欄は記入しないでください。