

添田町長 様

年 月 日

住所
申請者 氏名
電話番号

同意書

下記の者は、添田町の住民課が添田町重度障害者医療費の支給に関する事務手続きを行うために必要な、
地方税関係情報について取得することに同意します。

同意者	フリガナ															
	氏名															
	生年月日															
	住所													☐ 申請者と同じ		
	申請者との続柄		個人番号													
同意者	フリガナ															
	氏名															
	生年月日															
	住所													☐ 申請者と同じ		
	申請者との続柄		個人番号													
同意者	フリガナ															
	氏名															
	生年月日															
	住所													☐ 申請者と同じ		
	申請者との続柄		個人番号													

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、本人から委任状をとること。
- 3. 申請書等に同意が必要な者の住所を記入している場合、同意書への住所の記入は省略してもよい。
- 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差し支えない。
- 5. 所得証明書等により所得等の確認ができない方は、マイナンバー(個人番号)を記入すること。