

受給者氏名： _____

令和 年 月 日

三種町長 宛

同意書

下記の者は、三種町が三種町福祉医療費支給要綱に基づく事務手続を処理するために限って、令和 年度課税分以降の地方税関係情報について取得することに同意します。また使用する個人番号を住基ネット等で照合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。

同意者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	個人番号	
	当年1月1日の住所	都・道・府・県 市・区・町・村
	前年1月1日の住所	都・道・府・県 市・区・町・村
同意者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	個人番号	
	当年1月1日の住所	都・道・府・県 市・区・町・村
	前年1月1日の住所	都・道・府・県 市・区・町・村

記載要領

- ・同意する者が自ら署名を行うこと