

# 情報連携に関する同意書

白石市長 殿

年 月 日

【 子ども ・ 母子父子家庭 ・ 心身障害者 】 医療費の助成に関する条例に基づく事務処理をするために限り、医療費助成の申請及び更新に必要な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。

同意者	氏名		続柄	生年月日
				年 月 日
	住所			
	本年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 同上	都・道 府・県	市・区 町・村
同意者	住所			
	本年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 同上	都・道 府・県	市・区 町・村
	昨年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 同上	都・道 府・県	市・区 町・村
	氏名		続柄	生年月日
同意者				年 月 日
	住所			
	本年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 同上	都・道 府・県	市・区 町・村
	昨年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 同上	都・道 府・県	市・区 町・村
同意者	氏名		続柄	生年月日
				年 月 日
	住所			
	本年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 同上	都・道 府・県	市・区 町・村
同意者	住所			
	本年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 同上	都・道 府・県	市・区 町・村
	昨年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 同上	都・道 府・県	市・区 町・村
	氏名		続柄	生年月日
同意者				年 月 日
	住所			
	本年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 同上	都・道 府・県	市・区 町・村
	昨年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 同上	都・道 府・県	市・区 町・村

## 記載要領

- 1 同意するものが自ら署名してください。
- 2 代理人が同意書に署名する場合、同意する者本人からの委任状を添付してください。
- 3 同意が得られない場合は、その方の所得証明書の提出が必要になります。
- 4 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は、裏面等に記載してください。