

三浦市長 様

年 月 日

同意書

下記の者は、三浦市の福祉課が 障害者医療費支給事業 に関する
事務手続を処理するために限って 年度の地方税関係情報について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	申請者との続柄	個人番号(マイナンバー)	
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	. .	
	住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	個人番号(マイナンバー)	
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	. .	
	住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	個人番号(マイナンバー)	
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	. .	
	住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	個人番号(マイナンバー)	
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	. .	
	住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同居

※所得年度の1月1日時点住所が三浦市の直前の住所と相違がある場合のみご記入ください。

年1月1日時点 氏名 _____ 住所 _____
 年1月1日時点 氏名 _____ 住所 _____
 年1月1日時点 氏名 _____ 住所 _____
 年1月1日時点 氏名 _____ 住所 _____

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 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。