

江差町長 様

地方税関係情報取得同意書

下記の者は、子ども医療費の助成に関する規則（平成16年規則第29号）に基づく事務
 手続を処理するために限り受給資格の期間において地方税関係情報について取得することに
 同意します。

記

| | | |
|--------------|---------|---------------------------------|
| 同意者 (申請者) | 申請者との続柄 | 本人 |
| | フリガナ | |
| | 氏名 | |
| | 生年月日 | |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 申請書に記載 |
| 同意者 | 申請者との続柄 | 妻・夫・子・その他（ ） |
| | フリガナ | |
| | 氏名 | |
| | 生年月日 | |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |
| 同意者 | 申請者との続柄 | 妻・夫・子・その他（ ） |
| | フリガナ | |
| | 氏名 | |
| | 生年月日 | |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |
| 同意者 | 申請者との続柄 | 妻・夫・子・その他（ ） |
| | フリガナ | |
| | 氏名 | |
| | 生年月日 | |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |

| | | |
|-----|---------|-----------------------------------|
| 同意者 | 申請者との続柄 | 妻・夫・子・その他（ ） |
| | フリガナ | |
| | 氏 名 | |
| | 生年月日 | |
| | 住 所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |
| 同意者 | 申請者との続柄 | 妻・夫・子・その他（ ） |
| | フリガナ | |
| | 氏 名 | |
| | 生年月日 | |
| | 住 所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |
| 同意者 | 申請者との続柄 | 妻・夫・子・その他（ ） |
| | フリガナ | |
| | 氏 名 | |
| | 生年月日 | |
| | 住 所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |

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. 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。

| | | | |
|--------------------------------------|----|----|---|
| 江差町長 様 | | | |
| 委 任 状 | | | |
| 私は、次の者を代理人として同意書の記入に関する一切の権限を委任しました。 | | | |
| 代理人 | 住所 | 氏名 | |
| <hr/> | | | |
| 委任者 | 住所 | 氏名 | 印 |

※すべて、委任者の方が自筆又は押印してください。