

# 同意書

下記の者は、茨城町の保健福祉部保険課が茨城町医療福祉費支給に関する条例及び茨城町医療福祉費支給に関する条例施行規則に基づく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。

**○対象者:** ( ) 連絡先( )

同意者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日		対象者との続柄	
	マイナンバー			
	基準日時点で住民登録のあった 都道府県名, 市町村名	_____ 都・道・府・県 _____ 市・町・村		
	住所			<input type="checkbox"/> 対象者と同居
同意者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日		対象者との続柄	
	マイナンバー			
	基準日時点で住民登録のあった 都道府県名, 市町村名	_____ 都・道・府・県 _____ 市・町・村		
	住所			<input type="checkbox"/> 対象者と同居

## 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。
- 5 日付については提出日を記入すること。