

提出日

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

マル福対象者の氏名

申請年度

なお、本書の提出の際の事務処理に限ってを申し添えます。

○対象者： 茨城 丸子 () 連絡先(○○○-○○○-○○○)

同意者	フリガナ	イバラキ タロウ		
	氏名	茨城 太郎		
	生年月日	昭和○年○月○日	対象者との続柄	父
	マイナンバー	○○○○ ○○○○ ○○○○		
	住所	基準日時点で住民登録のあった都道府県名, 市町村名	茨城 都・道・府・県 水戸 市・町・村	
		茨城町小堤 1080	<input type="checkbox"/> 対象者と同居	
同意者	フリガナ	イバラキ ハナコ		
	氏名	茨城 花子		
	生年月日	昭和○年○月○日	対象者との続柄	母
	マイナンバー	○○○○ ○○○○ ○○○○		
	住所	基準日時点で住民登録のあった都道府県名, 市町村名	茨城 都・道・府・県 水戸 市・町・村	<input checked="" type="checkbox"/> 対象者と同居

所得の確認が必要な方の氏名・生年月日・続柄・マイナンバー・住所の記入

基準日時点…申請年度の年の1月1日時点

対象者と同居している場合はチェックのみで可

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。