

年 月 日

二本松市長

同 意 書

下記の者は、二本松市の国保年金課が二本松市子ども医療費の助成に関する条例第  
条第 項に基づく福島県乳幼児医療費助成事業補助金交付要綱の補助金交付判定の  
ために限って 年度の市町村民税に関する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		
	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		
	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		
	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日		
	住 所		<input type="checkbox"/> 申請者と同居

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。