

同 意 書

下記の者は、阿見町医療福祉費支給に関する条例及び阿見町医療福祉費支給に関する条例施行規則第3条に基づく事務手続を処理するために限って、**個人番号**を利用し情報提供ネットワークシステムを介して、対象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りて同意することを申し添えます。

同意者

受給者との続柄	
住 所	
フリガナ	
氏 名	
生年月日	

同意者

受給者との続柄	
住 所	
フリガナ	
氏 名	
生年月日	

同意者

受給者との続柄	
住 所	
フリガナ	
氏 名	
生年月日	

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。

※情報提供ネットワークシステムを介しても必要な情報が得られない場合は、所得を証明するに足る書類（所得証明書等）が必要になります。