

宗像市長 あて

同意書

重度障害者医療費・ひとり親家庭等医療費助成用（子ども医療の方は記入不要）

受給者氏名	生年月日	年 月 日
-------	------	-------

子ども医療費・ひとり親家庭等医療費助成用（対象児童全員をご記入ください）

フリガナ			
対象児童氏名			
生年月日	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日

フリガナ			
対象児童氏名			
生年月日	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日

以下の者は、宗像市子ども家庭課が宗像市子ども医療費・重度障害者医療費・ひとり親家庭等医療費の支給に関する条例第5条及び宗像市個人番号の利用に関する条例第4条第2項並びに同条例施行規則第4条に基づく事務手続を処理するために限って、地方税関係情報を取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であることを申し添えます。

同意者	フリガナ		受給者／対象児との続柄	生年月日
	氏名			大正・昭和・平成 年 月 日
	現住所	(TEL) <input type="checkbox"/> 受給者／対象児と同居している		
	本年・前年の住所	本年1月1日時点	前年1月1日時点	

同意者	フリガナ		受給者／対象児との続柄	生年月日
	氏名			大正・昭和・平成 年 月 日
	現住所	(TEL) <input type="checkbox"/> 受給者／対象児と同居している		
	本年・前年の住所	本年1月1日時点	前年1月1日時点	

同意者	フリガナ		受給者／対象児との続柄	生年月日
	氏名			大正・昭和・平成 年 月 日
	現住所	(TEL) <input type="checkbox"/> 受給者／対象児と同居している		
	本年・前年の住所	本年1月1日時点	前年1月1日時点	

同意者	フリガナ		受給者／対象児との続柄	生年月日
	氏名			大正・昭和・平成 年 月 日
	現住所	(TEL) <input type="checkbox"/> 受給者／対象児と同居している		
	本年・前年の住所	本年1月1日時点	前年1月1日時点	

同意者	フリガナ		受給者／対象児との続柄	生年月日
	氏名			大正・昭和・平成 年 月 日
	現住所	(TEL) <input type="checkbox"/> 受給者／対象児と同居している		
	本年・前年の住所	本年1月1日時点	前年1月1日時点	

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。