令和　　年　　月　　日

（宛先）出水市長

同　　　意　　　書

　私は、子ども医療費助成金受給資格の認定及び助成額の決定に関して、地方税関係情報について取得し、又は確認されることに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 子どもの氏名 | ※対象の子どもは全員記入してください。 |
| 同意者 | 子どもとの続柄 |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住　　所 |  | 子どもと　□同居　□別居 |
|  |
| １月１日の住所 |  |
| 同意者 | 子どもとの続柄 |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住　　所 |  | 子どもと　□同居　□別居 |
|  |
| １月１日の住所 |  |
| 同意者 | 子どもとの続柄 |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住　　所 |  | 子どもと　□同居　□別居 |
|  |
| １月１日の住所 |  |
| 同意者 | 子どもとの続柄 |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住　　所 |  | 子どもと　□同居　□別居 |
|  |
| １月１日の住所 |  |

記載要領　　　　　　　　　　　　　※同意者欄には18歳以上の同一生計の親族のみ記入してください。

１　同意する者が自ら署名してください。

２　代理人が同意書に署名する場合は、委任状により本人から委任を受けてください。

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は、同意書への住所の記入は省略しても構いません。

４　同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は、欄外に記載しても構いません。

５　１月１日の住所については、１月から６月提出分は前年の１月１日、７月から１２月提出分は本年の１月１日の住所を御記入ください。

６　同意者の内容（住所・個人番号等）に変更が生じた場合は、届出が必要です。