

(宛先) 鈴鹿市長

令和 年 月 日

同 意 書

下記の者は、鈴鹿市の福祉医療課が鈴鹿市福祉医療費等の助成に関する条例（平成13年3月26日条例第6号）第5条第1項の受給資格の認定、同条第3項の受給資格の更新及び第9条の助成の決定に関する事務手続を処理するために限って、情報提供ネットワークシステム（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年号外法律第27号）第2条第14項に規定する情報提供ネットワークシステムをいう。）を介し、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"/> 申請者と同じ
	前年1月1日の住所地	市・区 町・村
	本年1月1日の住所地	市・区 町・村
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"/> 申請者と同じ
	前年1月1日の住所地	市・区 町・村
	本年1月1日の住所地	市・区 町・村

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"/> 申請者と同じ
	前年1月1日の住所地	市・区 町・村
	本年1月1日の住所地	市・区 町・村
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"/> 申請者と同じ
	前年1月1日の住所地	市・区 町・村
	本年1月1日の住所地	市・区 町・村
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"/> 申請者と同じ
	前年1月1日の住所地	市・区 町・村
	本年1月1日の住所地	市・区 町・村

【記載要領】

- 1 同意する者が自ら署名を行ってください。例えば、子ども医療費の場合は、子どもの保護者の同意が必要となります。
- 2 福祉医療費助成申請書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、「申請者と同じ」にチェックをしてください。
- 3 代理人が同意書に署名する場合は、本人からの委任状が必要です。