

坂東市長 殿

同 意 書

下記の者は、坂東市長が坂東市医療福祉費支給に関する条例及び坂東市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、地方税関係情報について取得することに同意します。

記

※同意者本人の自署をお願いします。

対象者氏名		
同意者	対象者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	個人番号 (マイナンバー)	
	現住所	
	1月1日現在の住所 ※現住所と相違する場合	
	前年1月1日現在の住所 ※現住所と相違する場合	
同意者	対象者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	個人番号 (マイナンバー)	
	現住所	
	1月1日現在の住所 ※現住所と相違する場合	
	前年1月1日現在の住所 ※現住所と相違する場合	

市役所使用欄：受給者番号 ()

同意者	対象者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	個人番号 (マイナンバー)	
	現住所	
	1月1日現在の住所 ※現住所と相違する場合	
	前年1月1日現在の住所 ※現住所と相違する場合	
同意者	対象者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	個人番号 (マイナンバー)	
	現住所	
	1月1日現在の住所 ※現住所と相違する場合	
	前年1月1日現在の住所 ※現住所と相違する場合	
同意者	対象者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	個人番号 (マイナンバー)	
	現住所	
	1月1日現在の住所 ※現住所と相違する場合	
	前年1月1日現在の住所 ※現住所と相違する場合	