

地方税関係情報の取得に関する同意書

下記の者は、西脇市の保険医療課が
(該当する項目の□にチェックをしてください。)

- 西脇市福祉医療費助成条例第5条及び福祉医療費助成条例施行規則第4条(福祉医療費の支給に関する規定)
- 西脇市福祉医療費助成条例施行規則第5条第2項、第4項及び第5項(福祉医療費受給者証の交付及び更新に関する規定)
- 西脇市福祉医療費助成条例第4条第4項及び西脇市福祉医療費助成条例施行規則第9条(一部負担金の免除等に関する規定)

に基づく事務手続を処理するために限って 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同意することを申し添えます。

同意者	フリカゝナ		対象者との続柄
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請書と同じ	
	個人番号		
同意者	フリカゝナ		対象者との続柄
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請書と同じ	
	個人番号		
同意者	フリカゝナ		対象者との続柄
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請書と同じ	
	個人番号		

記載要領

- 1 各申請において、下記の者からの同意が必要となります。
高齢期移行者(世帯員全員)、重度障害者・高齢重度障害者(本人、配偶者、扶養義務者)、乳幼児等・こども(父・母等扶養義務者)、母子家庭等(父・母・養育者のいずれかの者、扶養義務者)
- 2 同意する者が自ら署名を行ってください。
- 3 代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状が必要です。
- 4 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できます。
- 5 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は、複数枚にわたって記載してください。