　　年　　月　　日

玉名市長　様

同　意　書

　下記の者は、玉名市子ども医療費助成に関する条例施行規則第５条の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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 同意者 | 申請者との続柄 |  | |
| フリガナ |  | |
| 氏　名 |  | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 住　所 |  | |
|  | * 申請者と同居 |
| 1月1日時点での住所 |  | |
| 同意者 | 申請者との続柄 |  | |
| フリガナ |  | |
| 氏　名 |  | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 住　所 |  | |
|  | * 申請者と同居 |
| 1月1日時点での住所 |  | |
| 同意者 | 申請者との続柄 |  | |
| フリガナ |  | |
| 氏　名 |  | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 住　所 |  | |
|  | * 申請者と同居 |
| 1月1日時点での住所 |  | |

（注意）

１　同意される方ご自身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、本人の委任状を添付してください。