

同 意 書

下記の者は、広川町重度障害者医療費の支給に関する条例施行規則第3条に規定する事務手続きを処理するために限り、令和 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、本書の複製は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

同意者	フリガナ		申請者との続柄
	氏 名		
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	/
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居	
同意者	フリガナ		申請者との続柄
	氏 名		
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	/
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居	
同意者	フリガナ		申請者との続柄
	氏 名		
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	/
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居	
同意者	フリガナ		申請者との続柄
	氏 名		
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	/
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居	

【留意事項】

- ・同意するもの自ら署名を行うこと。
- ・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。