令和　　年　　月　　日

龍ケ崎市長　殿

同 意 書

下記の者は、龍ケ崎市長が龍ケ崎市医療福祉費支給に関する条例第５条及び龍ケ崎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

※同意者本人の自署でお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者氏名 |  |
| 同意者 | 対象者との続柄 |  |
| 氏名 |  |
| 氏名フリガナ |  |
| 生年月日 |  |
| 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 |  |
| 氏名 |  |
| 氏名フリガナ |  |
| 生年月日 |  |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　）