

令和 年 月 日

龍ヶ崎市長 殿

同 意 書

下記の者は、龍ヶ崎市長が龍ヶ崎市医療福祉費支給に関する条例第5条及び龍ヶ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

※記入は必ず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	
	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（ ）