

筑 後 市 長 殿

年 月 日

同 意 書

下記の者は、筑後市市民課が筑後市子ども医療費の支給に関する条例施行規則第2条第3項及び福岡県子ども医療支給事業費県費補助交付要綱第2条に基づく事務手続を処理するために限って、地方税関係情報を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って同意することを申し添えます。

| | | |
|-------------|---------|--|
| 同 意 者 | 子どもとの続柄 | |
| | フリガナ | |
| | 氏 名 | |
| | 生年月日 | |
| | 住 所 | |
| | 備 考 | |
| 同 意 者 | 子どもとの続柄 | |
| | フリガナ | |
| | 氏 名 | |
| | 生年月日 | |
| | 住 所 | |
| | 備 考 | |

※記載要領

1. 同意する者が自ら署名を行うこと。
2. 代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状をとること。