

いの町長 様

年 月 日

同 意 書

下記の者は、いの町が（幼児医療費助成、ひとり親家庭医療費助成）の事務手続を処理するために限って住民基本台帳情報及び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、今後受給資格等の更新等のため、確認が必要となった場合も同様です。

記

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

記載要領 ※ 同意する者が自ら署名をしてください。