

同 意 書

下記の者は、桑名市子ども未来課または障害福祉課が桑名市行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に基づく個人番号の利用及び特定個人情報の提供に関する条例第3条に基づく事務手続（桑名市福祉医療費の助成に関するもの）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。

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りて同意することを申し添えます。

同意者	受給対象者との続柄		
	フリガナ		
	氏 名		
	生 年 月 日	昭和・平成	年 月 日
	現 住 所		<input type="checkbox"/> 受給対象者と同居
	本年1月1日の住所		<input type="checkbox"/> 現住所と同じ
	前年1月1日の住所		<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ

同意者	受給対象者との続柄		
	フリガナ		
	氏 名		
	生 年 月 日	昭和・平成	年 月 日
	現 住 所		<input type="checkbox"/> 受給対象者と同居
	本年1月1日の住所		<input type="checkbox"/> 現住所と同じ
	前年1月1日の住所		<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ

同意者	受給対象者との続柄		
	フリガナ		
	氏 名		
	生 年 月 日	昭和・平成	年 月 日
	現 住 所		<input type="checkbox"/> 受給対象者と同居
	本年1月1日の住所		<input type="checkbox"/> 現住所と同じ
	前年1月1日の住所		<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ

※必ず同意者ご本人が記入してください。

※地方税関係情報は受付した日の属する年度またはその次年度分について照会を行います。

受給者番号	
-------	--