

申請者名 _____

同 意 書

下記の者は、藤沢市の子育て給付課が藤沢市ひとり親家庭等医療費助成条例第1条に基づく事務手続を処理するために限って必要な年度の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って同意することを申し添えます。

同意書	フリガナ			申請者との続柄
	氏名			
	生年月日	年	月	日
	基準日	年		
	住民登録地 <small>(必要年度の1月1日の 住民登録市区町村名)</small>	(令和 年)		
同意書	フリガナ			申請者との続柄
	氏名			
	生年月日	年	月	日
	基準日	年		
	住民登録地 <small>(必要年度の1月1日の 住民登録市区町村名)</small>	(令和 年)		
同意書	フリガナ			申請者との続柄
	氏名			
	生年月日	年	月	日
	基準日	年		
	住民登録地 <small>(必要年度の1月1日の 住民登録市区町村名)</small>	(令和 年)		

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。
- 3 住所は所得の確認が必要な年度の1月1日に住民票のある市区町村名を記載すること。