

## 同意書

下記対象者について、能代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別表第1及び別表第2に規定する福祉医療費の支給に関する事務に限り、\_\_\_\_\_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。

受 給 者	フリガナ		申請者との続柄	
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
		令和____年1月1日の居住地	都道府県	市町村

申 請 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"/> 受給者と同じ	
		令和____年1月1日の居住地	都道府県	市町村

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"/> 受給者と同じ	
		令和____年1月1日の居住地	都道府県	市町村

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"/> 受給者と同じ	
		令和____年1月1日の居住地	都道府県	市町村

## 記載要領

1. 同意するもの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. 申請書等に同意者の住所を記入している場合、同意書への住所の記入は省略してもよい。