

## 同 意 書

下記の者は、海南市子育て推進課が海南市**子どもの医療費**の助成に関する条例第3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。

同意者	申請者との続柄	本 人											
	個人番号(マイナンバー)												
	フリガナ												
	氏名												
	生年月日				年			月			日		
	現住所	海南市											
	本年1月1日時点の住所												
	前年1月1日時点の住所 (上欄と異なる場合に記入)												
同意者	申請者との続柄	夫 ・ 妻 ・ その他 ( )											
	個人番号(マイナンバー)												
	フリガナ												
	氏名												
	生年月日				年			月			日		
	現住所											<input type="checkbox"/> 申請者と同居	
	本年1月1日時点の住所											<input type="checkbox"/> 申請者と同居	
	前年1月1日時点の住所 (上欄と異なる場合に記入)											<input type="checkbox"/> 申請者と同居	

**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 申請書等に同意が必要な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。
- 4 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は欄外に記載して差し支えない。

※申請者(受給資格者)以外の方が手続きに来られる際は、下記もご記入ください。

**委任状**

海南市子ども医療費助成の申請について、

(住所)

---

(氏名)

---

に委任します。

申請者(受給資格者)氏名 ㊟

---