

# 同意書

琴平町長宛

私は、琴平町福祉医療費助成条例により福祉医療の助成を受けることができる者の資格審査のため、私の地方税関係情報を琴平町子ども・保健課が取得することに同意します。

\_\_\_\_\_年 月 日

	同意者（対象者及び対象者の扶養義務者）	住所地
1	フリガナ	今年1月1日現在の住所地
	氏名	都道 _____ 市区 府県 _____ 町村
	個人番号	昨年1月1日現在の住所地
	現住所	都道 _____ 市区 府県 _____ 町村
	生年月日 年 月 日	
2	フリガナ	今年1月1日現在の住所地
	氏名	都道 _____ 市区 府県 _____ 町村
	個人番号	昨年1月1日現在の住所地
	現住所	都道 _____ 市区 府県 _____ 町村
	生年月日 年 月 日	

- ① 地方税関係情報が琴平町にない場合は、この同意書、または所得課税証明書を提出して下さい。
- ② 同意する者が自ら署名を行ってください。
- ③ 提出する際、同意者のマイナンバー（個人番号）が確認できるものと本人確認書類（写真付きの身分証明書1点、または写真のない身分証明書2点）の写しを添付して下さい。
- ④ 代理人が提出する際は、下記の委任状を同意者が記入し、マイナンバー（個人番号）確認できるものの写しを添付してください。受付の際、代理人の身元確認書類（運転免許証等）を提示してください。

委任状	
	年 月 日
私は、代理人を【住所】 _____	
【氏名】 _____	に定め、本書の提出を委任します。
委任者【住所】 _____	
【氏名】 _____	⑦ 【生年月日】 _____年 月 日