

吹田市長 あて

同意書

下記の者は、「吹田市個人番号の利用等に関する条例」第3条に基づく事務手続きをするにあたって市職員が地方税関係情報について取得することに同意します。

対象事務手続き

- 吹田市ひとり親家庭の医療費の助成に関する事務手続き
吹田市子どもの医療費の助成に関する事務手続き

申請者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	現住所	
	1月1日時点住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
	1月1日時点住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
	1月1日時点住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ

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。

提出先

〒564-8550 吹田市泉町1丁目3番40号
吹田市役所 児童部 子育て給付課
TEL06-6384-1470 (直通) 06-6384-1231 (代表)

同意書

下記の者は、「吹田市個人番号の利用等に関する条例」第3条に基づく事務手続きをするにあたって市職員が地方税関係情報について取得することに同意します。

対象事務手続き

- 吹田市ひとり親家庭の医療費の助成に関する事務手続き
- 吹田市子どもの医療費の助成に関する事務手続き

申請者	フリガナ	スイタ タロウ
	氏名	吹田 太郎
	生年月日	昭和・平成 60 年 4 月 1 日
	住所	吹田市泉町1-3-40
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居

ここだけ記入してください

記入不要

記載要領

- 同意する者が自ら署名を行うこと。
- 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。