

同 意 書

下記の者は、日立市の国民健康保険課が「日立市医療福祉支給に関する条例施行規則」第4条、第5条及び第6条に基づく事務手続を処理するに限り、平成 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。

同意者	受給者との続柄	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	<input type="checkbox"/> 受給者証交付申請書に同じ
	個人番号	日立市外に住所がある方は必ず記入してください。
同意者	受給者との続柄	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	<input type="checkbox"/> 受給者証交付申請書に同じ
	個人番号	日立市外に住所がある方は必ず記入してください。
同意者	受給者との続柄	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	<input type="checkbox"/> 受給者証交付申請書に同じ
	個人番号	日立市外に住所がある方は必ず記入してください。

記入要領

- 1 同意する者が自ら署名すること。
- 2 代理人が同意書に署名する場合、全ての同意者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は、同意書への住所の記入は省略してもよい。

同意者	受給者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 受給者証交付申請書に同じ
	個人番号	日立市外に住所がある方は必ず記入してください。
同意者	受給者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 受給者証交付申請書に同じ
	個人番号	日立市外に住所がある方は必ず記入してください。
同意者	受給者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 受給者証交付申請書に同じ
	個人番号	日立市外に住所がある方は必ず記入してください。

代理人

住所 _____

氏名 _____