

同意書

下記の者は、大河原町の子ども家庭課が子ども医療費の助成に関する事務手続き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。

同意者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	T・S・H	年	月 日
	申請者との続柄			
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請書記載の住所と同じ（同じ場合は記入不要）		
	1月1日時点の 居住市区町村	今年	都・道 府・県	市・区 町・村
昨年		都・道 府・県	市・区 町・村	
同意者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	T・S・H	年	月 日
	申請者との続柄			
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請書記載の住所と同じ（同じ場合は記入不要）		
	1月1日時点の 居住市区町村	今年	都・道 府・県	市・区 町・村
昨年		都・道 府・県	市・区 町・村	

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 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。

役場記入欄

番号 確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票等 <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他（ ） ※困難な理由（ ）	代理権の確認
		<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 戸籍謄抄本 <input type="checkbox"/> その他 （ ）
身元 確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード、特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 学生証（写真付き） <input type="checkbox"/> 社員証（写真付き） <input type="checkbox"/> その他（ ） 記号・番号（ ）	確認者
	<input type="checkbox"/> 健康保険資格情報を確認できるもの <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 社員証（写真なし） <input type="checkbox"/> 学生証（写真なし） <input type="checkbox"/> 地方税等の領収書 <input type="checkbox"/> 住民票等の写真なし公的書類 <input type="checkbox"/> 各種受給者証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他（ ） 記号・番号（ ） ※困難な理由（ ）	

○本人確認等を行った際は、確認した書類に☑し、確認者欄にサインをする。