熊本市長　様

年　　月　　日

同　意　書

下記の者は、熊本市ひとり親家庭等医療費助成申請の事務手続きを処理するために限って
　　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。

ひとり親家庭等医療費助成申請者氏名

同意者　【配偶者及び同居親族（実父母・祖父母・兄弟姉妹・対象児童以外の子）等】

ﾌﾘｶﾞﾅ		生年月日	明・大・昭・平・令 年　　月　　日
氏名			
住所			□　申請者と同居
個人番号			
ﾌﾘｶﾞﾅ		生年月日	明・大・昭・平・令 年　　月　　日
氏名			
住所			□　申請者と同居
個人番号			
ﾌﾘｶﾞﾅ		生年月日	明・大・昭・平・令 年　　月　　日
氏名			
住所			□　申請者と同居
個人番号			
ﾌﾘｶﾞﾅ		生年月日	明・大・昭・平・令 年　　月　　日
氏名			
住所			□　申請者と同居
個人番号			
ﾌﾘｶﾞﾅ		生年月日	明・大・昭・平・令 年　　月　　日
氏名			
住所			□　申請者と同居
個人番号			

記載要領
1　同意する者自ら署名を行うこと。
2　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。