

同 意 書

下記の者は、大和郡山市地域包括ケア推進課が、大和郡山市生活支援給付金支給事業実施要綱第2条及び第6条に基づく事務手続きを処理するために限って、申請時及び給付を受ける期間において必要な際に、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に必要な処理に限り同意することを申し添えます。

同意者 (受給対象者)	ふりがな	○○○○ ○○○○
	氏 名	●● ●●
	生年月日	T (S) 8年 1月 1日
	住 所	大和郡山市北郡山町△ー△
同意者 (同世帯員)	ふりがな	○○○○ ××
	氏 名	●● ××
	生年月日	T (S) H 10年 1月 1日
	続 柄	妻
同意者 (同世帯員)	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	T・S・H 年 月 日
	続 柄	
同意者 (同世帯員)	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	T・S・H 年 月 日
	続 柄	
同意者 (同世帯員)	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	T・S・H 年 月 日
	続 柄	

同一世帯員全員の記入が必要です

※同意者は必ず自ら署名をしてください。万が一代理人が同意書に署名する場合は、本人からの委任状を添付してください。