

## 同 意 書

同意者は、下記受給者の福祉医療費助成に係る申請時及び受給期間中に、大和郡山市が受給資格審査手続及び助成金算定手続を処理するために、地方税関係情報を取得することに同意します。  
 《同意いただけない場合は、住民税課税内容証明書等を提出いただく必要があります。》

受給者氏名 (※欄は記入しないでください)			
	※	※	※
	※	※	※
同意者 (申請者)	フリガナ		
	氏名		
	住所		
同意者 (申請者 以外の者)	フリガナ		申請者との 続柄
	氏名		
	生年月日	年 月 日生	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	
	年1月1日 現在の住所	<input type="checkbox"/> 上記住所と同じ	
同意者 (申請者 以外の者)	フリガナ		申請者との 続柄
	氏名		
	生年月日	年 月 日生	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	
	年1月1日 現在の住所	<input type="checkbox"/> 上記住所と同じ	
同意者 (申請者 以外の者)	フリガナ		申請者との 続柄
	氏名		
	生年月日	年 月 日生	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	
	年1月1日 現在の住所	<input type="checkbox"/> 上記住所と同じ	
同意者 (申請者 以外の者)	フリガナ		申請者との 続柄
	氏名		
	生年月日	年 月 日生	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	
	年1月1日 現在の住所	<input type="checkbox"/> 上記住所と同じ	

**記載要領**

- 1.同意者欄は同意者の自署をお願いします。
- 2.代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状が必要です。

同意者 (申請者 以外の者)	フリガナ		申請者との 続柄
	氏名		
	生年月日	年 月 日生	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	
	年1月1日 現在の住所	<input type="checkbox"/> 上記住所と同じ	
同意者 (申請者 以外の者)	フリガナ		申請者との 続柄
	氏名		
	生年月日	年 月 日生	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	
	年1月1日 現在の住所	<input type="checkbox"/> 上記住所と同じ	
同意者 (申請者 以外の者)	フリガナ		申請者との 続柄
	氏名		
	生年月日	年 月 日生	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	
	年1月1日 現在の住所	<input type="checkbox"/> 上記住所と同じ	
同意者 (申請者 以外の者)	フリガナ		申請者との 続柄
	氏名		
	生年月日	年 月 日生	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	
	年1月1日 現在の住所	<input type="checkbox"/> 上記住所と同じ	
同意者 (申請者 以外の者)	フリガナ		申請者との 続柄
	氏名		
	生年月日	年 月 日生	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	
	年1月1日 現在の住所	<input type="checkbox"/> 上記住所と同じ	
同意者 (申請者 以外の者)	フリガナ		申請者との 続柄
	氏名		
	生年月日	年 月 日生	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	
	年1月1日 現在の住所	<input type="checkbox"/> 上記住所と同じ	

記載要領

- 1.同意者欄は同意者の自署をお願いします。
- 2.代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状が必要です。