

美浦村長 殿

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

同 意 書

下記の者は、美浦村医療福祉費支給に関する条例及び美浦村医療福祉費支給に関する条例施行規則に基づく事務手続を処理するために限り、個人番号を利用し情報提供ネットワークシステムを介して、美浦村の国保年金課が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	フリガナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日
	現 住 所	
	1月1日現在の住所 (現住所と相違する場合)	
	前年1月1日現在の住所 (現住所と相違する場合)	
同意者	フリガナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日
	現 住 所	
	1月1日現在の住所 (現住所と相違する場合)	
	前年1月1日現在の住所 (現住所と相違する場合)	

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。

【美浦村使用欄】

本人確認資料 個人番号カード 運転免許証 パスポート 在留カード  
その他 ( )