

別記第1号様式の2（第5条関係）

地方税関係情報取得同意書

令和 年 月 日

音更町長 宛て

住所  
申請者  
氏名

㊟

私及び以下の者は、乳幼児等医療費助成の資格の登録及び継続（更新）に係る事務手続を処理するために限り、町長が情報提供ネットワークシステムを介して音更町個人番号の利用及び特定個人情報の提供に関する条例（平成27年音更町条例第28号）別表第2の1の項に規定する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：申請者の属する世帯の構成員及び世帯外扶養義務者】

氏名	印	生年月日	申請者と の続柄	住所 (申請書等と同じ場合は省略可)

- 1 必ず同意者本人が記名押印してください。
- 2 代理人が記名する場合、委任状を添付してください。
- 3 同意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ありません。