

地方税関係情報取得同意書

(子どもの医療費助成制度)

下記の者は、武蔵野市子どもの医療費の助成に関する条例及び施行規則に基づく申請時、受給資格変更時及び毎年の更新時の事務手続を処理するために限って、当該医療費助成が継続する限りにおいて、地方税関係情報について取得することに同意します。

記

同意者	フリガナ	
	氏 名	
	住 所	
	生 年 月 日	
	申請者との関係	☒ 本人・ ☐ 配偶者・ ☐ その他（ ）
同意者	フリガナ	
	氏 名	
	住 所	☐ 申請者と同じ ☐ 別居
	生 年 月 日	
	申請者との関係	☐ 本人・ ☒ 配偶者・ ☐ その他（ ）

0504

記載要領

- 1 同意する者が自ら署名すること（押印は省略可能）。
- 2 代理人が署名する場合、本人からの委任状を添付すること。
- 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入しても差し支えない。