

日出町長 様

年 月 日

同 意 書

下記の者は、次の手続に係る審査の実施のために税務関係情報及び住民基本台帳情報について調査、閲覧、照会することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、この書類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。

- (1) 日出町重度心身障害者医療費の支給に関する条例第6条の受給資格の認定の申請
- (2) 日出町重度心身障害者医療費の支給に関する条例第8条の医療費の支給の申請
- (3) 日出町重度心身障害者医療費の支給に関する条例第9条の未支給の医療費の申請
- (4) 日出町重度心身障害者医療費の支給に関する条例第12条第1項の届出

支給対象者	ふりがな 氏 名	
配偶者	ふりがな 氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	<input type="checkbox"/> 支給対象者と同居
扶養義務者	ふりがな 氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	<input type="checkbox"/> 支給対象者と同居

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添えること。