

# 変更申請用

(別紙)

年 月 日

四街道市長 様

## 地方税関係情報の取得に係る同意書

四街道市が四街道市子ども医療費の助成に関する条例施行規則第8条第1項による子ども医療費助成受給券の変更の届出に係る事実についての確認に関する事務を処理するために限って 令和2年度における地方税関係情報を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り同意することを申し添えます。

同意者	氏名	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日
				届出者との続柄	
		住所		<input type="checkbox"/> 届出者と同居	
同意者	氏名	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日
				届出者との続柄	
		住所		<input type="checkbox"/> 届出者と同居	
同意者	氏名	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日
				届出者との続柄	
		住所		<input type="checkbox"/> 届出者と同居	
同意者	氏名	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日
				届出者との続柄	
		住所		<input type="checkbox"/> 届出者と同居	
同意者	氏名	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日
				届出者との続柄	
		住所		<input type="checkbox"/> 届出者と同居	
同意者	氏名	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日
				届出者との続柄	
		住所		<input type="checkbox"/> 届出者と同居	

### 備考

- (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は、本人から委任状をとること。
- (3) 同意者が届出者と同居している場合は、住所の記入を省略することができる。