

年 月 日

宛先 八雲町長

受給者番号							
受給者氏名							

(受給者が複数名いる場合は、全員の氏名を記入)

地方税関係情報取得に関する同意書

下記の者は、八雲町子ども医療費助成、八雲町重度心身障がい者医療費助成、または八雲町ひとり親家庭等医療費助成の資格認定および受給者証の更新に関し、必要な年度の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①	フリガナ				(電話番号)	
	氏 名					
	生年月日	T S H R	年	月	日	受給者との 続柄
	個人番号 (マイナンバー)					
	現 住 所					
	令和 年1月1日 住 所	都 道 府 県	市 区 町 村	住所地と異なる自治体で住民税が課税されている場合はその市区町村を記入してください。		
同意者②	フリガナ				(電話番号)	
	氏 名					
	生年月日	T S H R	年	月	日	受給者との 続柄
	個人番号 (マイナンバー)					
	現 住 所	☐ 同意者①と同じ				
	令和 年1月1日 住 所	都 道 府 県	市 区 町 村	住所地と異なる自治体で住民税が課税されている場合はその市区町村を記入してください。		
同意者③	フリガナ				(電話番号)	
	氏 名					
	生年月日	T S H R	年	月	日	受給者との 続柄
	個人番号 (マイナンバー)					
	現 住 所	☐ 同意者①と同じ				
	令和 年1月1日 住 所	都 道 府 県	市 区 町 村	住所地と異なる自治体で住民税が課税されている場合はその市区町村を記入してください。		

※同意する者が自ら署名を行ってください。
※代理人が記入する場合は本人からの委任が必要です。

委任状	
同意書の記入について、下記代理人に委任します。	
委任者：	代理人：