

四日市市長

令和 年 月 日

下記の者は、四日市市子どもの医療費の助成に関する条例に基づく医療費の助成に関する事務を処理するために、地方税関係情報について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って同意することを申し添えます。

- (1) 受給資格の認定に関する事務 (条例第3条 規則第3条)
- (2) 受給資格の更新に関する事務 (条例第5条 規則第7条)

申請者 (保護者)	申請者との続柄	本人
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	前年1月1日に在住していた市区町村	
	本年1月1日に在住していた市区町村	
申請者以外 の保護者 (配偶者)	申請者との続柄	配偶者・()
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	前年1月1日に在住していた市区町村	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	本年1月1日に在住していた市区町村	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ

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とること。