

ひたちなか市長 殿

同意書

下記の同意者は、同意者本人又は生計を一にする扶養義務者等が医療福祉費支給制度（マル福）を利用する期間において、ひたちなか市医療福祉費支給に関する条例及びひたちなか市医療福祉費支給に関する条例施行規則に基づく事務手続きを処理するために限り、必要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。

なお、記載事項に変更があった場合、速やかに届出します。また、市から記載事項について問い合わせがあった場合には、誠実に対応します。

同意者 1	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	個人番号（マイナンバー）	
	現在の住所	
	年1月1日現在の住所 ※現在の住所と相違する場合	
同意者 2	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	個人番号（マイナンバー）	
	現在の住所	
	年1月1日現在の住所 ※現在の住所と相違する場合	
同意者 3	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	個人番号（マイナンバー）	
	現在の住所	
	年1月1日現在の住所 ※現在の住所と相違する場合	

代表者連絡先： _____（氏名： _____）

留意事項

- 1 同意する者が自ら署名を行うこと
- 2 代理人が署名をする場合は、本人からの委任状をとり、代理人の身分証明書（免許証等）の写しを添付すること
- 3 記載する「現在の住所」は住民登録地とすること
- 4 個人番号の記入は、同意者の住民登録地がひたちなか市内である場合は省略してもよい

【市役所使用欄】

受給者番号： _____ 受給者氏名： _____

代理人署名： 同意者 _____ の続柄 _____ 添付書類： 委任状 身分証明書（写）

開示 不開示