

ひたちなか市長 殿

同意書

同意する日（記入日等）
を記入してください。

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	ヒタチナカ タロウ											
	氏名	ひたちなか 太郎											
	生年月日	平成6年			11月			1日					
	個人番号（マイナンバー）	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	0	1
	現在の住所	茨城県〇〇市▲▲〇-〇-〇											
	年1月1日現在の住所 ※現在の住所と相違する場合	東京都〇区〇町〇-〇-〇											
同意者 2	フリガナ	ヒタチナカ ハナコ											
	氏名	ひたちなか 花子											
	生年月日	平成7年			11月			1日					
	個人番号（マイナンバー）												
	現在の住所	ひたちなか市▲▲〇-〇-〇											
	年1月1日現在の住所 ※現在の住所と相違する場合	東京都〇区〇町〇-〇-〇											

- ・同意者欄は、同意者本人が自署してください。
- ・ひたちなか市に住民登録地がある場合は、個人番号（マイナンバー）の記載を省略することができます。
※ひたちなか市以外に住民登録地がある方は必ずご記入ください。

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： ひたちなか 太郎 ）

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 _____ との続柄 _____ 添付書類： 委任状 身分証明書（写）

開示 不開示