

記入する項目は、同意者本人が自筆で記入してください。

令和 年 月 日

## 同意書

下記の者は、市のこども支援課が下記の事務手続を処理するために限って情報ネットワークシステムを介して地方税関係情報について取得することに同意します。

本書の複写は無効であり、当該事務処理に限って同意することを申し添えます。

### 記

- 1 十和田市子ども医療費給付条例第4条第1項の受給資格の認定の申請の受理、その申請に係る事実についての審査に関する事務
- 2 十和田市子ども医療費給付条例施行規則第6条第1項の受給資格証の更新の申請の受理、その申請に係る事実についての審査に関する事務

以上

父	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
母	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居