

同 意 書

四日市市障害者の医療費の助成に関する条例等に基づく医療費の助成等に関する事務手続きを処理するために、四日市市が.....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、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。

(事務手続き) 受給資格の認定及び更新に関する事務

四日市市障害者の医療費の助成に関する条例 第3条、第5条

四日市市障害者の医療費の助成に関する条例施行規則 第3条、第4条、第7条

四日市市65歳以上障害者医療費給付補助金交付要綱 第2条、第4条

同意者	申請者との続柄	本人 ・ 配偶者 ・ 扶養義務者
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	前年1月1日に居住していた市町村	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	本年1月1日に居住していた市町村	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
同意者	申請者との続柄	本人 ・ 配偶者 ・ 扶養義務者
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	前年1月1日に居住していた市町村	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	本年1月1日に居住していた市町村	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
同意者	申請者との続柄	本人 ・ 配偶者 ・ 扶養義務者
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	前年1月1日に居住していた市町村	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	本年1月1日に居住していた市町村	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ

同意者	申請者との続柄	本人 ・ 配偶者 ・ 扶養義務者
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	前年1月1日に居住していた市町村	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	本年1月1日に居住していた市町村	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
同意者	申請者との続柄	本人 ・ 配偶者 ・ 扶養義務者
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	前年1月1日に居住していた市町村	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	本年1月1日に居住していた市町村	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
同意者	申請者との続柄	本人 ・ 配偶者 ・ 扶養義務者
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	前年1月1日に居住していた市町村	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	本年1月1日に居住していた市町村	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
同意者	申請者との続柄	本人 ・ 配偶者 ・ 扶養義務者
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	前年1月1日に居住していた市町村	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	本年1月1日に居住していた市町村	<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、同意する者からの委任状をとること。
- 3 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は欄外に記載して差し支えない。