

北上市長 様

平成 年 月 日

同意書

下記の者は北上市保健福祉部長寿介護課が、北上市家族介護用品支給券の申請を処理するために限って、当該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。

同意書	要介護者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請書と同じ
同意書	要介護者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請書と同じ
同意書	要介護者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請書と同じ
同意書	要介護者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請書と同じ

- 備考
- 1 同意する者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。
  - 3 申請書等に同意が必要な者の住所を記入している場合、同意書への住所の記入は省略してもよい。
  - 4 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は、枚数を追加すること。