

同意書

私は、那須塩原市が那須塩原市重度心身障害者医療費助成に関する条例及び同条例施行規則に規定される事務を実施する目的に限り、申請者及び申請者と同じ医療保険に加入する者の住民税課税情報を、公的機関等から取得することに同意します。

年 月 日

申請者氏名

申請者住所

| | | |
|-----|----------------|---|
| 同意者 | <u>氏名</u> | |
| | <u>生年月日</u> | S・H 年 月 日 |
| | <u>住所</u> | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる： |
| | <u>申請者との関係</u> | <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他： |
| 同意者 | <u>氏名</u> | |
| | <u>生年月日</u> | S・H 年 月 日 |
| | <u>住所</u> | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる： |
| | <u>申請者との関係</u> | <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他： |
| 同意者 | <u>氏名</u> | |
| | <u>生年月日</u> | S・H 年 月 日 |
| | <u>住所</u> | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる： |
| | <u>申請者との関係</u> | <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他： |
| 同意者 | <u>氏名</u> | |
| | <u>生年月日</u> | S・H 年 月 日 |
| | <u>住所</u> | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる： |
| | <u>申請者との関係</u> | <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他： |

※同意者の欄は同居の扶養親族本人が直接記入してください。