

石川県知事 殿

令和 年 月 日

同 意 書

石川県が石川県小児慢性特定疾病医療費支給認定実施要綱に基づく事務手続きを処理するために限って令和6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。

同意者	申請者との続柄		
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	S・H・R 年 月 日	
	住所		☐ 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	S・H・R 年 月 日	
	住所		☐ 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	S・H・R 年 月 日	
	住所		☐ 申請者と同居

記載要領

- 1 同意するもの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、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。

(追加分)

同意者	申請者との続柄			
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	S・H・R	年	月 日
	住所	☐ 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	S・H・R	年	月 日
	住所	☐ 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	S・H・R	年	月 日
	住所	☐ 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	S・H・R	年	月 日
	住所	☐ 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	S・H・R	年	月 日
	住所	☐ 申請者と同居		