

同 意 書

石巻市が、石巻市子ども医療費の助成に関する条例の事務手続に必要な範囲で個人番号による地方税関係情報について取得することに同意します。

申 請 者 （ 受 給 者 ）	フリガナ		子ども との続柄	父・母 その他 ()													
	氏名																
	生年月日	年 月 日															
	現住所	□申請者と同じ（同じ場合は記入不要）															
	令和5年1月1日 の住所地	□石巻市 □その他	→	都・道 府・県	市・区 町・村												
	令和4年1月1日 の住所地	□石巻市 □その他	→	都・道 府・県	市・区 町・村												
	個人番号	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 令和5年1月1日または令和4年1月1日の住所地が「その他」の場合のみ記入															

配 偶 者	フリガナ		子ども との続柄	父・母 その他 ()													
	氏名																
	生年月日	年 月 日															
	現住所	□申請者と同じ（同じ場合は記入不要）															
	令和5年1月1日 時点の居住市区町村	□石巻市 □その他	→	都・道 府・県	市・区 町・村												
	令和4年1月1日 時点の居住市区町村	□石巻市 □その他	→	都・道 府・県	市・区 町・村												
	個人番号	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 令和5年1月1日または令和4年1月1日の住所地が「その他」の場合のみ記入															