

# 同意書

(あて先) 仙台市	区長	申請年月日	年 月 日
受給者 (保護者) 氏名			

※子ども医療費助成の場合は、対象児童全員をご記入ください。

フリガナ			
対象児童氏名 生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
フリガナ			
対象児童氏名 生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

次の者は、仙台市が、仙台市子ども医療費の助成に関する規則、仙台市母子・父子家庭医療費の助成に関する規則及び仙台市個人番号の利用に関する条例第 3 条第 2 項並びに同条例施行規則第 24 条及び第 25 条の規定による事務処理を行うために限って、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ることを申し添えます。

同意者	フリガナ		受給者との続柄	生年月日
	氏名			年 月 日
	現住所			
	本年・前年の居住市区町村	本年 1 月 1 日時点 市区町村名のフリガナ ( ) 都・道 市・区 府・県 町・村	前年 1 月 1 日時点 市区町村名のフリガナ ( ) 都・道 市・区 府・県 町・村	
同意者	フリガナ		受給者との続柄	生年月日
	氏名			年 月 日
	現住所	<input type="checkbox"/> 同上		
	本年・前年の居住市区町村	本年 1 月 1 日時点 市区町村名のフリガナ ( ) 都・道 市・区 府・県 町・村	前年 1 月 1 日時点 市区町村名のフリガナ ( ) 都・道 市・区 府・県 町・村	

※氏名は自署願います。自署が困難な場合は記名押印でも構いません。

※現住所が同じ場合は、 同上にチェックしてください。現住所の記入は不要です。

※欄が足りない場合は裏面に記入してください。

仙台市処理欄		
申請種別	子 ・ 母	青葉・宮総・宮城野
申請日		若林・太白・秋総・泉

同意者	フリガナ		受給者との続柄	生年月日
	氏名			年 月 日
	現住所	<input type="checkbox"/> 同上		
	本年・前年の居住市区町村	本年1月1日時点 市区町村名のフリガナ ( ) 都・道 市・区 府・県 町・村	前年1月1日時点 市区町村名のフリガナ ( ) 都・道 市・区 府・県 町・村	
同意者	フリガナ		受給者との続柄	生年月日
	氏名			年 月 日
	現住所	<input type="checkbox"/> 同上		
	本年・前年の居住市区町村	本年1月1日時点 市区町村名のフリガナ ( ) 都・道 市・区 府・県 町・村	前年1月1日時点 市区町村名のフリガナ ( ) 都・道 市・区 府・県 町・村	
同意者	フリガナ		受給者との続柄	生年月日
	氏名			年 月 日
	現住所	<input type="checkbox"/> 同上		
	本年・前年の居住市区町村	本年1月1日時点 市区町村名のフリガナ ( ) 都・道 市・区 府・県 町・村	前年1月1日時点 市区町村名のフリガナ ( ) 都・道 市・区 府・県 町・村	
同意者	フリガナ		受給者との続柄	生年月日
	氏名			年 月 日
	現住所	<input type="checkbox"/> 同上		
	本年・前年の居住市区町村	本年1月1日時点 市区町村名のフリガナ ( ) 都・道 市・区 府・県 町・村	前年1月1日時点 市区町村名のフリガナ ( ) 都・道 市・区 府・県 町・村	
同意者	フリガナ		受給者との続柄	生年月日
	氏名			年 月 日
	現住所	<input type="checkbox"/> 同上		
	本年・前年の居住市区町村	本年1月1日時点 市区町村名のフリガナ ( ) 都・道 市・区 府・県 町・村	前年1月1日時点 市区町村名のフリガナ ( ) 都・道 市・区 府・県 町・村	
同意者	フリガナ		受給者との続柄	生年月日
	氏名			年 月 日
	現住所	<input type="checkbox"/> 同上		
	本年・前年の居住市区町村	本年1月1日時点 市区町村名のフリガナ ( ) 都・道 市・区 府・県 町・村	前年1月1日時点 市区町村名のフリガナ ( ) 都・道 市・区 府・県 町・村	