三木市長　様

令和　年　月　日

同　意　書

下記のものは、三木市の医療保険課が三木市福祉医療費助成条例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（マイナンバー制度による情報連携を含む）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。

※記載いただいた住所地にて住民税申告をされていない方は情報を取得できません。

※他市課税をされていた方は、請求先が異なりますので必ず申し出てください。

※マイナンバー制度による情報連携には時間がかかりますのでご了承ください。

同意者	フリガナ	
	氏名	必ずご本人がご記入ください。 代理人がご記入される場合は委任状が必要です。
	生年月日	M・T・S・H　　年　　月　　日
	電話番号	
	個人番号	
	住所（**令和６年１月１日時点**）	
同意者	フリガナ	
	氏名	必ずご本人がご記入ください。 代理人がご記入される場合は委任状が必要です。
	生年月日	M・T・S・H　　年　　月　　日
	電話番号	
	個人番号	
	住所（**令和６年１月１日時点**）	
同意者	フリガナ	
	氏名	必ずご本人がご記入ください。 代理人がご記入される場合は委任状が必要です。
	生年月日	M・T・S・H　　年　　月　　日
	電話番号	
	個人番号	
	住所（**令和６年１月１日時点**）	

記載要領

1．同意する者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．同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は欄外に記載して差し支えない。