

# 記入例

●●年 ●月 ●日

(宛先) 茅ヶ崎市長

## 同意書

### 記入する日時点での情報をご記入ください

次の者は、茅ヶ崎市小児医療費助成事業の申請にあたり、この事業の事務手続きを処理するために、個人番号を利用して必要な年度の地方税関係情報について職員が取得することに同意します。

同意者 (保護者)	フリガナ	ちがさき たろう		
	氏名	茅ヶ崎 たろう		
	生年月日	昭和・平成 63 年 1 月 1 日	子との続柄	父
	①今年1月1日の住所 ※茅ヶ崎市以外のみ記入	神奈川県 神奈川	都道府県	横浜市 横浜
	②昨年1月1日の住所 ※茅ヶ崎市以外のみ記入	<input type="checkbox"/> ①と同じ場合はチェック	都道府県	横浜市 藤沢
	③一昨年1月1日の住所 ※茅ヶ崎市以外のみ記入	<input checked="" type="checkbox"/> ②と同じ場合はチェック	都道府県	横浜市 寒川
同意者 (配偶者)	フリガナ	ちがさき はなこ		
	氏名	茅ヶ崎 花子		
	生年月日	昭和・平成 6 年 1 月 1 日	子との続柄	母
	①今年1月1日の住所 ※茅ヶ崎市以外のみ記入	神奈川県 神奈川	都道府県	横浜市 寒川
	②昨年1月1日の住所 ※茅ヶ崎市以外のみ記入	<input checked="" type="checkbox"/> ①と同じ場合はチェック	都道府県	横浜市 寒川
	③一昨年1月1日の住所 ※茅ヶ崎市以外のみ記入	<input type="checkbox"/> ②と同じ場合はチェック	都道府県	千代田 千代田

※同意する者が自ら署名を行うこと。