青森県知事殿

平成　　年　　月　　日

地方税関係情報の照会に係る同意書

青森県が行う「青森県肝炎治療特別促進事業」に基づく事務手続きを処理するために限って直近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します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 同意者（申請者） | 申請者との続柄 | 本人 |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 住所 |  |
| 同意者（申請者と同一世帯の者） | 申請者との続柄 |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 住所 | * 申請者と同一
 |
|  |
| 同意者（申請者と同一世帯の者） | 申請者との続柄 |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 住所 | * 申請者と同一
 |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 同意者（申請者と同一世帯の者） | 申請者との続柄 |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 住所 | * 申請者と同一
 |
|  |
| 同意者（申請者と同一世帯の者） | 申請者との続柄 |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 住所 | * 申請者と同一
 |
|  |
| 同意者（申請者と同一世帯の者） | 申請者との続柄 |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 住所 | * 申請者と同一
 |
|  |

　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　申請書欄の住所と同じ場合、住所の記入は省略してもよい。

　　４　申請者と住民票上同一世帯に属する者全員から同意をとること。

　　５　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。