

令和 年 月 日

小田原市長 様

同 意 書

行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律及び小田原市個人番号の利用に関する条例に基づき、小田原市小児医療費助成条例の規定による小児医療費の助成に関する事務を処理するため必要な限度で、小田原市長が私の地方税関係情報を取得することに同意します。

	申 請 者	配 偶 者 (有 ・ 無)
住 所		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
氏 名	㊞ ※本人自筆で署名ください	㊞ ※本人自筆で署名ください
生 年 月 日	年 月 日	年 月 日
本年（2020年）1月1日に 住民登録していた市区町村	市・区・町・村	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 市・区・町・村
前年（2019年）1月1日に 住民登録していた市区町村	<input type="checkbox"/> 上段と同じ 市・区・町・村	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 市・区・町・村

※ 「 上段と同じ」 や 「 申請者と同じ」 に該当する場合は、□に✓を記入してください。
(✓をした欄の記入は、不要です。)

(様式使用期間 : R2. 12. 31 まで)