

太子町長 様

令和 年 月 日

同 意 書

下記の者は、太子町ががん患者アピランスサポート事業に係る事務手続を処理するために限って
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。

同 意 者	フリガナ		申請者との 続柄	
	氏名《本人署名》			
	生年月日			
	住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同居	

- 【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添付すること。
 - 3 申請書等に同意が必要な者の住所を記入している場合、本書の住所は省略することができる。
 - 4 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することができる。