

## 地方税関係情報等の取得に関する同意書

次の者は、三島市が三島市総合福祉手当に関する条例第 11 条の 8(ひとり親家庭等の医療給付)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。

	フリガナ 氏名	生年月日	申請者 との続柄	同意確認欄 ※1 (押印又は署名)	住所 ※2
記入 例	ミシマ ハナコ 三島 花子	S〇年△月□日	母	印 又は 三島花子	□□県〇〇市 △△町□ー□
1					
2					
3					
4					
5					
6					

※1 本人が同意していることを確認するため、同意確認欄に押印又は署名をしてください。

※2 住所欄は本年（1月から5月の場合は前年）1月1日時点で三島市に住民票を置いていない方のみ、当該時点の住所地をご記入ください。