





同 意 書

次の者は、潮来市社会福祉課が行政手続き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（平成 25 年法律第 27 号）第 9 条第 1 項及び潮来市行政手続き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に基づく個人番号の利用及び特定個人情報の提供に関する条例（平成 25 年法律第 27 号）第 4 条第 1 項の事務手続きを処理するために限って、当該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することを申し添えます。

同意者	申請者との続柄			
	フリガナ			
	氏 名			
	生 年 月 日		性別	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居		
同意者	申請者との続柄			
	フリガナ			
	氏 名			
	生 年 月 日		性別	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居		
同意者	申請者との続柄			
	フリガナ			
	氏 名			
	生 年 月 日		性別	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居		
同意者	申請者との続柄			
	フリガナ			
	氏 名			
	生 年 月 日		性別	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居		