

平成 年 月 日

大網白里市長 様

同意書

大網白里市緊急通報体制等整備事業実施要綱に基づく事務を処理するために必要な範囲で、大網白里市が下記の情報を公簿等により確認することに同意します。

記

| | | |
|--------|--|--|
| 同意者 | 申請者との続柄 | |
| | ふりがな | |
| | 氏名 | |
| | 生年月日 | |
| 同意する情報 | <input type="checkbox"/> 住民票関係情報 <input type="checkbox"/> 住民税課税情報（ <input type="checkbox"/> 来年度以降の負担額の決定に当たり確認が必要となる場合を含む。） <input type="checkbox"/> 医師の診断情報 | |
| 同意者 | 申請者との続柄 | |
| | ふりがな | |
| | 氏名 | |
| | 生年月日 | |
| 同意する情報 | <input type="checkbox"/> 住民票関係情報 <input type="checkbox"/> 住民税課税情報（ <input type="checkbox"/> 来年度以降の負担額の決定に当たり確認が必要となる場合を含む。） <input type="checkbox"/> 医師の診断情報 | |
| 同意者 | 申請者との続柄 | |
| | ふりがな | |
| | 氏名 | |
| | 生年月日 | |
| 同意する情報 | <input type="checkbox"/> 住民票関係情報 <input type="checkbox"/> 住民税課税情報（ <input type="checkbox"/> 来年度以降の負担額の決定に当たり確認が必要となる場合を含む。） <input type="checkbox"/> 医師の診断情報 | |
| 同意者 | 申請者との続柄 | |
| | ふりがな | |
| | 氏名 | |
| | 生年月日 | |
| 同意する情報 | <input type="checkbox"/> 住民票関係情報 <input type="checkbox"/> 住民税課税情報（ <input type="checkbox"/> 来年度以降の負担額の決定に当たり確認が必要となる場合を含む。） <input type="checkbox"/> 医師の診断情報 | |