

# 同意書

福智町長 黒土 孝司 殿

私は、社会保険事務所、各種共済組合又は各市町村民税・住民局等官公署に対し、世帯の構成、加入する健康保険、収入の算定対象となる者の市町村民税額、個人番号の閲覧等必要な情報を照会することに同意します。

令和 年 月 日

申請者

住所

\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_ (印)

(生年月日 )

続柄

( ) (印)

(生年月日 )

( ) (印)

(生年月日 )