

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

## 後期高齢者医療被保険者の資格確認に関する同意書

加古川市水洗化等促進条例の助成金の申請にあたり、加古川市上下水道局が同条例に基づく事務手続きを処理するために限り、後期高齢者医療被保険者の資格情報を取得することに同意します。

### <同意者>

①	ふりがな		生年月日
	氏 名		年 月 日
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請書と同じ	
②	ふりがな		生年月日
	氏 名		年 月 日
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請書と同じ	
③	ふりがな		生年月日
	氏 名		年 月 日
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請書と同じ	

### 記載要領

- 1 同意者が自ら署名を行ってください。
- 2 代理人が同意書に署名する場合は、本人からの委任状が必要です。
- 3 同意者の数が署名欄より多い場合は、複数枚にわたって記載してください。
- 4 同意書の有効期限は、申請日から6ヶ月までとします。

確認欄	資格状況	備考