（宛先）山形市長

（福祉医療用）

同意書

私は、福祉医療給付の認定の審査を受けるため、山形市こども家庭支援課が私の地方税関係情報を取得することに同意いたします。

令和　　年　　月　　日

同意者	住　　所												
	氏名（自署）												
	生 年 月 日	大正・昭和・平成　　年　　月　　日											
	1月1日時点での住所	※上記住所と同じ場合は記入不要											
	マイナンバー（12桁の数字）												