地方税及び障害情報の取得に関する同意書

令和　　年　　月　　日

下記の者は、次の手続きにおいて、奥州市が税又は障害に関する情報を閲覧、取得することに同意します。

□　入居申し込み

□　同居承認

□　同居者異動

□　収入申告

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 部屋番号 |  | | | |
|  | 署名 | 生年月日 | 住所 | 閲覧取得に同意する情報 |
| 入居者 |  |  | * 申請書と同じ | * 税 * 障害 |
| 同居者 |  |  | * 申請書と同じ | * 税 * 障害 |
| 同居者 |  |  | * 申請書と同じ | * 税 * 障害 |
| 同居者 |  |  | * 申請書と同じ | * 税 * 障害 |
| 同居者 |  |  | * 申請書と同じ | * 税 * 障害 |
| 同居者 |  |  | * 申請書と同じ | * 税 * 障害 |
| 同居者 |  |  | * 申請書と同じ | * 税 * 障害 |

記載要領

同意する人が自ら署名してください。