

同意書

年 月 日

会津美里町長 宛

受給者 住所 会津美里町 _____

氏名 _____

扶養義務者 住所 会津美里町 _____
(別世帯)

氏名 _____

下記の期間における、特別児童扶養手当の認定請求及び、受給資格確認に必要なので、私及び同、別世帯の該当する児童の扶養義務者に係る市町村民税の所得状況、住民基本台帳等の個人情報について、会津美里町税務課及びくらし安心課所管の関係資料を閲覧することに同意します。

記

期間 児童が20歳に達する日（誕生日）の前日まで。