

年 月 日

(あて先) 日野市長

## 同 意 書

日野市健康福祉部福祉政策課において、日野市成年後見制度利用支援に係る報酬費用助成金交付事務手続きに必要な、対象者(本人)の個人情報(住所、住民税の状況、生活保護受給の有無等)を照会または閲覧することに同意します。

申請者(本人または後見人等)

住所

氏名

対象者(本人)

住所

氏名