加西市長　様

　　　　年　　月　　日

地方税関係情報の取得に関する同意書

加西市が加西市福祉医療費助成条例又は加西市高齢重度障害者等医療費助成事業実施要綱に基づく事務手続を処理するために限って、　　　　　　　　年度の地方税関係情報について加西市が取得することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 同意者１ | フリガナ |  | | | | | | | | | | 対象者との続柄 | | | | 職員記入欄 | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | |  | | | | 個人番号提示の有無 | 本人確認 |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | □有  (マ  他 )  □無 | マ・免  パ・保  他 |
| 現住所 | □申請書と同じ | | | | | | | | | | | | | |
| １月１日  時点住所 | □現住所と同じ  （右記記入不要） | | | |  | | | | | | | | | |
| 同意者２ | フリガナ |  | | | | | | | | | | 対象者との続柄 | | | | 職員記入欄 | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | |  | | | | 個人番号提示の有無 | 本人確認 |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | □有  (マ  他 )  □無 | マ・免  パ・保  他 |
| 現住所 | □申請書と同じ | | | |  | | | | | | | | | |
| １月１日  時点住所 | □現住所と同じ  （右記記入不要） | | | |  | | | | | | | | | |
| 同意者３ | フリガナ |  | | | | | | | | | | 対象者との続柄 | | | | 職員記入欄 | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | |  | | | | 個人番号提示の有無 | 本人確認 |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | □有  (マ  他 )  □無 | マ・免  パ・保  他 |
| 現住所 | □申請書と同じ | | | |  | | | | | | | | | |
| １月１日  時点住所 | □現住所と同じ  （右記記入不要） | | | |  | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　　象　　者 | 受給者氏名 | 生年月日 | 制度 | 受給者番号 | 受付者 |
|  |  | 乳・こ・母・移・障・高障 |  |  |
|  |  | 乳・こ・母・移・障・高障 |  |
|  |  | 乳・こ・母・移・障・高障 |  |
|  |  | 乳・こ・母・移・障・高障 |  |

記載要領

１　各申請において、次の方からの同意が必要となります。

　　高齢期移行者（世帯員全員）、重度障害者・高齢重度障害者（本人、配偶者及び扶養義務者）、乳幼児等・こども（父・母等の扶養義務者）、母子家庭等（父・母・養育者のいずれかの者又は扶養義務者）

２　同意者欄は同意する者が自ら署名してください。

３　代理人が同意者欄に署名する場合、本人からの委任状が必要です。

４　同意が必要な者の数が同意者欄より多い場合は、複数枚にわたって記載してください。

５　同意する者全員の本人確認書類の添付又はマイナンバーカードの提示が必要です。郵送で提出する場合は、同意する者全員の本人確認書類の写しも添付してください。