

小野市長 様

地方税関係情報の取得に関する同意書

下記のものは、小野市の市民課福祉高齢医療係が小野市福祉医療費助成条例に基づく事務手続きを処理するために限り、令和 年度 の地方税関係情報（マイナンバー制度による情報連携を含む）について取得することに同意します。

同意者 1	フリガナ												対象者からみた続柄		
	氏名														
	生年月日	年	月	日	個人番号										
	現住所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ													
	本年 1月1日の住所				都道 府県				市区 町村	住所地与異なる自治体で住民税が課税されている場合は、その市区町村を記入してください。					
	前年 1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 本年1月1日と同じ													
同意者 2	フリガナ												対象者からみた続柄		
	氏名														
	生年月日	年	月	日	個人番号										
	現住所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ													
	本年 1月1日の住所				都道 府県				市区 町村	住所地与異なる自治体で住民税が課税されている場合は、その市区町村を記入してください。					
	前年 1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 本年1月1日と同じ													
同意者 3	フリガナ												対象者からみた続柄		
	氏名														
	生年月日	年	月	日	個人番号										
	現住所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ													
	本年 1月1日の住所				都道 府県				市区 町村	住所地与異なる自治体で住民税が課税されている場合は、その市区町村を記入してください。					
	前年 1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 本年1月1日と同じ													

- 各申請において、下記の者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・扶養義務者）、乳幼児等・こども（父・母等扶養義務者）、母子家庭等（父・母・養育者・扶養義務者）
- 同意する者が自ら署名を行ってください。
- 代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状が必要です。
- 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は、複数枚にわたって記載してください。

職員記入欄	同意者 1				同意者 2				同意者 3				
	本人確認	提写	個人番号	提写	本人確認	提写	個人番号	提写	本人確認	提写	個人番号	提写	
	マ・免・パ・障・介・保・その他()		マ・住・略		マ・免・パ・障・介・保・その他()		マ・住・略		マ・免・パ・障・介・保・その他()		マ・住・略		
	対象者名				制 度				受給者番号				申請書(複写)添付で左記省略可
					移・乳こ・障・高・母								
				移・乳こ・障・高・母									
				移・乳こ・障・高・母								受付者	