

地方税関係情報の取得に関する同意書

対象者 住 所 芦屋市 _____

氏 名 _____ 連絡先 _____ () _____

※乳幼児等・こども医療の時はお子様の名前になります。

下記の者は、芦屋市地域福祉課が芦屋市福祉医療費の助成に関する条例第3条（乳幼児等・こども・高齢期移行者・障害者・高齢障害者・母子家庭等）に基づく事務手続を処理するために限り

_____年度の地方税関係情報について取得することに同意します。

同意者	フリガナ											職員記入欄
	氏 名											<番号確認>
	生年月日	年 月 日 続柄 ()										<input type="checkbox"/> マ・ () 写 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	住 所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ					1月1日の住所地（課税された住所地）					<本人確認>
							都 道 市 区 府 県 町 村					<input type="checkbox"/> マ・免・手 保・ () 写 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
個人番号												写 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
同意者	フリガナ											職員記入欄
	氏 名											<番号確認>
	生年月日	年 月 日 続柄 ()										<input type="checkbox"/> マ・ () 写 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	住 所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ					1月1日の住所地（課税された住所地）					<本人確認>
							都 道 市 区 府 県 町 村					<input type="checkbox"/> マ・免・手 保・ () 写 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
個人番号												写 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
同意者	フリガナ											職員記入欄
	氏 名											<番号確認>
	生年月日	年 月 日 続柄 ()										<input type="checkbox"/> マ・ () 写 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	住 所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ					1月1日の住所地（課税された住所地）					<本人確認>
							都 道 市 区 府 県 町 村					<input type="checkbox"/> マ・免・手 保・ () 写 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
個人番号												写 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

<記載要領>

- 各申請において、下記の者から同意が必要となります。**同意者が自ら署名を行ってください。**
乳幼児等・こども『**保護者等**』、障害者・高齢障害者『**本人、配偶者、扶養義務者**』、
母子家庭等『**母・父・養育者のいずれかの者、扶養義務者**』、高齢期移行『**世帯員全員**』
- 代理人が同意書に署名する場合は、本人からの委任状が必要です。
- 同意者全員の**本人確認書類**（マイナンバーカード【表面】・運転免許証・パスポート・障がい者手帳等は1点のみ、保険証・福祉医療費受給者証等は2点必要）と**個人番号の分かる書類**（マイナンバーカード【裏面】等）が必要です。窓口での手続きの場合は、上記書類の原本の提示が必要です。郵便提出の場合は、写しを一緒に送付ください。なお、保険証は保険者番号及び被保険者等記号・番号にマスキングを施して送付ください。
- 情報連携の都合により、資格の判定に時間を要する場合がありますのでご了承ください。**

受 付
照 会
入 力