

たつの市長 様

年 月 日

地方税関係情報の取得に関する同意書

下記の者は、たつの市福祉医療費助成条例に基づく受給資格認定の事務手続を処理するために限り、たつの市の福祉医療担当課が_____年度以降の地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限り、同意することを申し添えます。

同意者	フリガナ					
	氏名					
	生年月日	年	月	日	受給者との続柄	
	電話番号	()				
	年1月1日時点の住所					
同意者	フリガナ					
	氏名					
	生年月日	年	月	日	受給者との続柄	
	電話番号	()				
	年1月1日時点の住所					
同意者	フリガナ					
	氏名					
	生年月日	年	月	日	受給者との続柄	
	電話番号	()				
	年1月1日時点の住所					

【記載要領】

- 1 同意する者**自ら**が署名を行ってください。
- 2 同意が必要な方は、「乳幼児等」「こども」の場合は保護者等、「障害者・高齢障害者」の場合は本人・配偶者・扶養義務者、「母子家庭等」の場合は母、父、養育者、扶養義務者、「高齢期移行」は世帯員全員です。
- 3 代理人が同意書に署名する場合は、別途、本人からの委任状が必要です。
- 4 同意する者全員の個人番号確認書類と本人確認書類が必要です。
※郵送提出の場合は、上記書類の写しを送付ください。

【注意事項】

- 1 記載いただいた住所地にて住民税申告をされていない方は、情報を取得できません。
- 2 他市課税をされていた方は、請求先が異なりますので必ず申し出てください。
- 3 マイナンバー制度による情報連携には時間がかかりますので、あらかじめ御了承ください。