

(宛先) 千歳市長

地方税関係情報の取得に関する同意書

下記の者は、千歳市長が「千歳市子ども医療費助成条例第5条」又は「千歳市重度心身障害者及びひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例第5条」に基づく事務手続を処理するため、必要な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。

なお、本書の複写は無効であり、上記事務の処理に限って同意することを申し添えます。

同意者	フリガナ							(電話番号)					
	氏名												
	生年月日	年 月 日						受給者との続柄					
	個人番号(マイナンバー)												
	本年1月1日の住所	都 道 府 県						市 区 町 村			住所地と異なる自治体 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。		
	昨年1月1日の住所	都 道 府 県						市 区 町 村					
同意者	フリガナ							(電話番号)					
	氏名												
	生年月日	年 月 日						受給者との続柄					
	個人番号(マイナンバー)												
	本年1月1日の住所	都 道 府 県						市 区 町 村			住所地と異なる自治体 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。		
	昨年1月1日の住所	都 道 府 県						市 区 町 村					
同意者	フリガナ							(電話番号)					
	氏名												
	生年月日	年 月 日						受給者との続柄					
	個人番号(マイナンバー)												
	本年1月1日の住所	都 道 府 県						市 区 町 村			住所地と異なる自治体 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。		
	昨年1月1日の住所	都 道 府 県						市 区 町 村					

(注)

- 1 同意する者が自ら署名を行ってください。
- 2 代理人が同意書に記入する場合は、本人からの委任状が必要です。
- 3 記載する欄が足りない場合は、複数枚にわたって記載してください。