

地方税関係情報取得に関する同意書(福祉医療費関係)

対象者氏名			
生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
対象者氏名			
生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

※対象となる方、全員をご記入ください。

下記の者は、横手市が横手市福祉医療費支給要綱及び横手市行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する条例第3条第2項並びに同条例施行規則第21条の規定による(乳幼児及び小中学生医療費助成・ひとり親家庭医療費助成・高齢身体障害者医療費助成・重度心身障害(児)者医療費助成)事務処理に必要な範囲内(更新業務)で、公簿等により地方税関係情報について確認することに同意します。

なお、同意者の現住所(住民登録地)または課税市町村が変更になった場合は、速やかに本書を再提出します。また、マイナンバーによる税情報取得を中止したい場合は、速やかに申し出します。

本書の複写は無効であることを申し添えます。

同意者	フリガナ		生年月日	対象者との続柄
	氏名※1		年 月 日	
	個人番号 (マイナンバー)※2			
	現住所			
	本年1月1日時点の 住所地 ※3		都・道 府・県	市・区 町・村

※1・・・氏名は自署願います。代理人が記入する場合は、委任状が必要になります。

※2・・・現住所(住民登録地)が横手市以外の場合に記入してください。個人番号確認書類等を貼付した「横手市福祉医療費制度の事務手続きにおける本人確認書類(写)添付台紙」の提出が必要です。

※3・・・当該時点で市町村民税が課税されていた市区町村名を記入してください。

■同意されない場合や確認ができない情報がある場合は、課税所得等の証明書(所得金額、各種控除額、扶養人数、市町村民税額の記載があるもの)の提出が必要になります。

横手市処理欄(年次更新用)	
個人番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他()
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他()
行政区コード	

受付印