

地方税関係情報の取得に関する同意書

下記の者は、播磨町が播磨町福祉医療費助成条例または播磨町子ども医療費助成条例に基づく事務手続を処理するために限り、令和 年度課税分以降の地方税関係情報について、マイナンバー制度による情報連携を利用して調査することに同意します。

助成 の 対 象 者	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日

同 意 者 1	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日	職員記入欄	
	令和 年 1月1日の住所	都・道・府・県	対象者との続柄		個人番号確認 <input type="checkbox"/> マイナンバー カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 他 ()	本人確認 免・保・介 他 ()
(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)						
同 意 者 2	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日	職員記入欄	
	令和 年 1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 同意者1と同じ			個人番号確認 <input type="checkbox"/> マイナンバー カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 他 ()	本人確認 免・保・介 他 ()
(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)						
同 意 者 3	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日	職員記入欄	
	令和 年 1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 同意者1と同じ			個人番号確認 <input type="checkbox"/> マイナンバー カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 他 ()	本人確認 免・保・介 他 ()
(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)						

記載要領

- 1 同意者が自ら直筆で署名を行ってください。
- 2 同意が必要な方は、高齢期移行者の場合は世帯員全員、障害者・高齢障害者の場合は本人・配偶者・扶養義務者、乳幼児等・こどもの場合は保護者全員(父母どちらも)、母子家庭等の場合は母等及び扶養義務者です。
- 3 代理人が同意書に署名する場合は、本人からの委任状(裏面)と代理人の本人確認書類が必要です。
- 4 同意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。
- 5 **同意者全ての個人番号と本人確認ができる書類の提示が必要です。**(郵送で提出される場合は個人番号と本人確認ができる書類の写しを同封してください。) 同意者の健康保険証のコピーを添付される場合は記号番号を黒塗りにしてください。

委任状

代理人

氏名 _____ 印 _____

住所 _____

生年月日 S・H・R 年 月 日 _____

私は、上記の者を代理人と定め、地方税関係情報の取得に関する同意書に係る権限を委任します。

令和 年 月 日

委任者

氏名 _____ 印 _____

住所 _____

生年月日 S・H・R 年 月 日 _____