	-	
年	月	日

受

照

付

会

力

地方税関係情報の取得に関する同意書

対象者	住 克	所 <u>芦屋市</u>	ī				
氏 名				連絡先	()	
シ のフエロか		*1 医歯の吐					

※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・障がい者・高齢障がい者・母子家庭等)に基づく事務手続を処理するために限り

令和6 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。

	フリ	ガナ														職員	記入欄	
同意者	氏	名														<番号	骨確認>	
																₹•	()
	生年	月日	4					Ē	月	日	続札	丙()	写	口有	□無	
			口対象	食者と同	じ				1月1	日の住	所地(課税され	れた住所	近地) 		<本/	人確認>	
	住	所									都 道		市	区		マ・タ	免・手	
				1	1	ı	ı				府県	1	町	村	保・	()
	個人	番号													写	口有	口無	
同	フリ	ガナ												職員記	記入欄			
	氏	名											<番号	号確認>				
																₹・	()
意	生年	月日					年	Ē	月	日	続札	丙()	写	口有	口無	
			口対象	食者と同	じ				1月1	日の住	所地(課税さ	れた住所	沂地)		<本/	人確認>	
者	住 所								都 道 市 区					区		マ・タ	免・手	
									府県町村			村	保・	()		
	個人	番号													写	口有	口無	
	フリ	ガナ														職員記	記入欄	
	氏	名														<番号	骨確認>	
同																マ・	()
意	生年	月日					年	Ξ	月	日	続村	丙()	写	口有	口無	
			□対象者と同じ						1月1日の住所地(課税された住所地)					沂地)	<本人確認>			
者	住	所									都 道		市	区		マ・タ	免・手	
											府県		町	村	保・	()
	個人	番号													写	口有	口無	

<記載要領>

- 1 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』、障がい者・高齢障がい者『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』
- 2 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。
- 3 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。
- 4 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。