

地方税関係情報の取得に関する同意書 <<記入例>>

同意書

必要な情報の年度をご記入ください。

1月から6月の申請に限り、2年度(前年度と今年度)分の申請ができます。

対象者 住所 芦屋市 精道町7番6号

氏名 芦屋 小太郎 連絡先 ※※※ (※※※) ※※※※

※乳幼児等・子ども医療の時はお子様の名

果が芦屋市福祉医療費の助成に関する条

受給対象者の氏名をご記入ください。

同意書は受給対象者1人に対して1枚必要です。

期移

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

令和6年度の地方税関係情報について取得することに

同意者	フリガナ	アヲ 知ヲ											職員記入欄	
	氏名	芦屋 太郎											<番号確認>	
	生年月日	昭和60年 1月 1日 続柄 (父)											<input type="checkbox"/> マ・ ()	
	住所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ					1月1日の住所地(課税された住所地)						写 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		東京都〇〇区〇〇〇1-1-1					東京 都道 〇〇 市区 〇〇 府県 町村						<本人確認>	
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	<input type="checkbox"/> マ・免・手保・ ()
同意者	フリガナ	アヲ ハコ											職員記入欄	
	氏名	芦屋 花子											<番号確認>	
	生年月日	昭和60年 2月 1日 続柄 (母)											<input type="checkbox"/> マ・ ()	
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 対象者と同じ					1月1日の住所地(課税された住所地)						写 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		東京都〇〇区〇〇〇1-1-1					東京 都道 〇〇 市区 〇〇 府県 町村						<本人確認>	
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	<input type="checkbox"/> マ・免・手保・ ()
同意者	フリガナ												職員記入欄	
	氏名												<番号確認>	
	生年月日												<input type="checkbox"/> マ・ ()	
	住所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ					1月1日の住所地(課税された住所地)						写 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
													<本人確認>	
	個人番号													<input type="checkbox"/> マ・免・手保・ ()

※1月1日の住所地について

- 住所地以外で課税されている場合は課税された住所をご記入ください。
- 所得が未申告の場合は情報の取得ができませんので、必ず申告の手続きをお済ませください。
- 単身赴任等で日本国外におられたため、申告の義務がない方については、情報の取得ができませんので国名をご記入ください。別途、パスポートの写しまたは在勤証明書等の提出が必要です。

<記載要領>

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

受付
照会
入力