

各福祉医療ごとに所得課税証明が必要な人が異なるため、事前にご確認ください。同意者全員の本人確認書類と個人番号のわかるものの写しが必要です。

記入例

〇〇年〇〇月〇〇日

地方税関係情報の取得に関する同意書（高齢期移行以外）

下記の者は、赤穂市が赤穂市福祉医療費助成条例第5条に基づく事務手続きを処理するために、令和 〇〇年度課税分以降の地方税関係情報について取得することに同意します。

保護者、 同意者、 扶養義務者等	ふりがな	あこう たろう	生年月日
	氏名	赤穂 太郎	昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請書と同じ	
	令和△年度の 住民税課税地	兵庫 都・道・府・ 県	〇〇 市 ・区・町・村
保護者、 同意者、 扶養義務者等	ふりがな	あこう はなこ	生年月日
	氏名	赤穂 花子	昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請書と同じ	
	令和△年度の 住民税課税地	兵庫 都・道・府・ 県	〇〇 市 ・区・町・村
保護者、 同意者、 扶養義務者等	ふりがな		生年月日
	氏名		年 月 日
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請書と同じ	
	令和△年度の 住民税課税地	都・道・府・県	市・区・町・村

記載要領

- 1 同意者が自ら署名を行ってください。
- 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。
- 4 住民税課税地には、1月1日時点で居住されていた市区町村名をご記入ください。（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）