

対象者氏名 _____

(対象者が複数名いる場合は、全員の氏名を記入)

地方税関係情報の取得に関する同意書

下記の者は、江別市長が江別市乳幼児等医療費助成条例第5条、江別市重度心身障害者医療費助成条例第5条、江別市ひとり親家庭等医療費助成条例第5条又は江別市母子保健法施行細則第2条及び第3条に基づく事務手続を処理するため、該当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。

なお、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				(電話番号)	
	氏名					
	生年月日	年	月	日	対象者との続柄	
	個人番号(マイナンバー)					
	本年1月1日の住所	都府	道県	市区町村	住所地与異なる自治体で住民税が課税されている場合は、その市区町村を記入	
	昨年1月1日の住所	都府	道県	市区町村		
同意者	フリガナ				(電話番号)	
	氏名					
	生年月日	年	月	日	対象者との続柄	
	個人番号(マイナンバー)					
	本年1月1日の住所	都府	道県	市区町村	住所地与異なる自治体で住民税が課税されている場合は、その市区町村を記入	
	昨年1月1日の住所	都府	道県	市区町村		
同意者	フリガナ				(電話番号)	
	氏名					
	生年月日	年	月	日	対象者との続柄	
	個人番号(マイナンバー)					
	本年1月1日の住所	都府	道県	市区町村	住所地与異なる自治体で住民税が課税されている場合は、その市区町村を記入	
	昨年1月1日の住所	都府	道県	市区町村		

【記載要領】

- 1 同意する者が自ら署名を行ってください。
- 2 代理人が同意書に記入する場合、本人からの委任をとってください。
- 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。