

記 載 例

令和〇年 〇月 〇日

対象者は医療助成を受ける者

対象者氏名 **江別 花子**
(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、江別市長が江別市子ども医療費助成条例第5条、江別市重度心身障害者医療費助成

同意者は申請年（または申請年の前年）の1月1日に江別市に住民票がない主たる生計維持者等の所得・課税状況の確認が必要な人全員分を記載

別市母子保健法施行細則第2条及
係情報について取得することに同

同意者	フリガナ	エベツ 知							(電話番号)					
	氏名	江別 太郎							090-0000-0000					
	生年月日	昭和〇〇年			×	×	月	△	△	日	対象者との続柄		父	
	個人番号(マイナンバー)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	本年1月1日の住所	北海		都	道	札幌			市	区	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、その市区町村を記入			
昨年1月1日の住所	北海		都	道	新篠津			市	区					
同意者	フリガナ	エベツ ハナエ							(電話番号)					
	氏名	江別 花江							080-1111-1111					
	生年月日	平成×年			□	月	○	日	対象者との続柄		母			
	個人番号(マイナンバー)	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	本年1月1日の住所	東京		都	道	千代田			市	区	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、その市区町村を記入			
昨年1月1日の住所			都	道				市	区					
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	道				市	区	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、その市区町村を記入			
昨年1月1日の住所			都	道				市	区					

【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。