

同意書 記入例

令和 6 年 1 月 1 日

地方税関係情報取得に関する同意書

記入した日付

下記の対象者に対する宝塚市福祉医療費の助成に関する条例第3条に規定する受給資格認定の審査のため、マイナンバー制度を利用して地方税情報を宝塚市が取得することに同意します。

ご本人の直筆でご記入ください

同意者 1	フリガナ 氏名	タカラヅカ タロウ 宝塚 太郎	生年月日	T S H R	60年 1月 1日	電話	090-0000 -0000
	令和5年 1月1日 時点の住所	神戸市中央区下山手通〇丁目〇ー〇		令和6年 1月1日 時点の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 令和5年1月1日時点の住所と同じ		
同意者 2	フリガナ 氏名	タカラヅカ スミレ 宝塚 すみれ	生年月日	T S H R	2年 1月 12日	電話	090-0000 -0001
	令和5年 1月1日 時点の住所	神戸市中央区下山手通〇丁目〇ー〇		令和6年 1月1日 時点の住所	<input type="checkbox"/> 令和5年1月1日時点の住所と同じ 大阪府大阪市中央区大手前〇ー〇		

同意が必要な方ご本人の直筆で、氏名、生年月日、電話番号、ご住所を記入ください。
同意が必要な方については、下記の注意事項をご確認ください。
※1月1日の住所地について
◇住民登録の住所地以外で課税されている場合は、課税された住所を記入ください。
◇所得が未申告の場合は、情報の取得ができませんので、申告の手続きを済ませてください。
◇日本国外におられたため申告義務のない方は、別途申立書を記入いただくため提出不要です。

受給者全てにご記入ください

(市で記入するため不要)	氏名	生年月日	住所
	宝塚 次郎	T S H R 27年 1月 13日	宝塚市 東洋町〇ー〇ー〇
	宝塚 三郎	T S H R 2年 1月 14日	<input checked="" type="checkbox"/> 上に同じ
		T S H R 年 月 日	<input type="checkbox"/> 上に同じ
		T S H R 年 月 日	<input type="checkbox"/> 上に同じ

申請をされる方について記入してください。
複数の福祉医療に該当する場合も1枚に記入してください。

注意事項です。
ご確認ください。

【注意事項】
1 同意書は必ず同意者ご本人の直筆でご記入ください。
2 同意が必要な方は、「乳幼児等」・「こども」の場合は父母（扶養義務者が父母以外ならその方も必要）、「（高齢）障害者」の場合は本人・配偶者・扶養義務者、「母子家庭等」の場合は母または父（扶養義務者が父母以外ならその方も必要）、「高齢期移行」は世帯全員です。