

(あて先)
宝 塚 市 長

年 月 日

地方税関係情報取得に関する同意書

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、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

同意が必要な方全てについて

同意者 1	フリガナ 氏 名		生 年 月 日	T S H R 年 月 日	電 話	
	令和6年 1月1日 時点の住所			令和7年 1月1日 時点の住所	☐ 令和6年1月1日時点の住所と同じ	
同意者 2	フリガナ 氏 名		生 年 月 日	T S H R 年 月 日	電 話	
	令和6年 1月1日 時点の住所			令和7年 1月1日 時点の住所	☐ 令和6年1月1日時点の住所と同じ	
同意者 3	フリガナ 氏 名		生 年 月 日	T S H R 年 月 日	電 話	
	令和6年 1月1日 時点の住所			令和7年 1月1日 時点の住所	☐ 令和6年1月1日時点の住所と同じ	

受給者全てについて
ご記入ください

乳・こ・障・高・母・移の受給者	受給者番号 (市で記入するため不要)	フリガナ 氏 名	生 年 月 日	住 所
			T S H R 年 月 日	宝塚市
			T S H R 年 月 日	☐ 上に同じ
			T S H R 年 月 日	☐ 上に同じ
			T S H R 年 月 日	☐ 上に同じ

【注意事項】

- 同意書は必ず同意者 ご本人の直筆 でご記入ください。
- 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。