

(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7年 1月1日 時点の住所		令和8年 1月1日 時点の住所	<input type="checkbox"/> 令和7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7年 1月1日 時点の住所		令和8年 1月1日 時点の住所	<input type="checkbox"/> 令和7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7年 1月1日 時点の住所		令和8年 1月1日 時点の住所	<input type="checkbox"/> 令和7年1月1日時点の住所と同じ			

受給者全てについて 乳・子・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	<input 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
			T S H R	年 月 日	<input type="checkbox"/> 上に同じ

#### 【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。