

年 月 日

(宛先) 当別町長

地方税関係情報の取得に関する同意書

下記の者は、当別町長が「当別町子ども医療費の助成に関する条例」第4条、「当別町重度心身障がい者及びひとり親家庭等医療費の助成に関する条例」第5条および第6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り、上記事務の処理に限って同意することを申し添えます。

同意者	フリガナ											受給者との続柄		
	氏名													
	生年月日	年	月	日								電話番号		
	個人番号 (マイナンバー)													
	本年1月1日の住所	都道		府県		市区		町村		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してください。				
	昨年1月1日の住所	都道		府県		市区		町村						
同意者	フリガナ											受給者との続柄		
	氏名													
	生年月日	年	月	日								電話番号		
	個人番号 (マイナンバー)													
	本年1月1日の住所	都道		府県		市区		町村		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してください。				
	昨年1月1日の住所	都道		府県		市区		町村						
同意者	フリガナ											受給者との続柄		
	氏名													
	生年月日	年	月	日								電話番号		
	個人番号 (マイナンバー)													
	本年1月1日の住所	都道		府県		市区		町村		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してください。				
	昨年1月1日の住所	都道		府県		市区		町村						

- (注) 1. 同意する者が自ら署名を行なってください。
 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. 記載する欄が足りない場合は、複数枚にわたって記載してください。