亀山市長

年　　月　　日

**地方税関係情報の取得に関する同意書**

下記の者は、亀山市が「亀山市福祉医療費の助成に関する条例」に基づく医療費の助成に関する事務を処理するため、情報提供ネットワークシステム（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第２条第１４項に規定する情報提供ネットワークシステムをいう。）を介し、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、本書の提出の際の事務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 |  | | | 生 年 月 日 | | 申請者との続柄 | |
| 氏　名 |  | | | 年　　　月　　　日 | |  | |
| 個人番号（マイナンバー）※12桁 | | |  | | | | |
| 現住所 |  | | | | | | |
| 本年１月１日の住所地 | |  | | 都道府県 |  | | 市区町村 |
| 前年１月１日の住所地 | |  | | 都道府県 |  | | 市区町村 |
| 同意者 | フリガナ |  | | | 生 年 月 日 | | 申請者との続柄 | |
| 氏　名 |  | | | 年　　　月　　　日 | |  | |
| 個人番号（マイナンバー）※12桁 | | |  | | | | |
| 現住所 | □同上 | | | | | | |
| 本年１月１日の住所地 | |  | | 都道府県 |  | | 市区町村 |
| 前年１月１日の住所地 | |  | | 都道府県 |  | | 市区町村 |
| 同意者 | フリガナ |  | | | 生 年 月 日 | | 申請者との続柄 | |
| 氏　名 |  | | | 年　　　月　　　日 | |  | |
| 個人番号（マイナンバー）※12桁 | | |  | | | | |
| 現住所 | □同上 | | | | | | |
| 本年１月１日の住所地 | |  | | 都道府県 |  | | 市区町村 |
| 前年１月１日の住所地 | |  | | 都道府県 |  | | 市区町村 |

1. 同意する者が自ら署名を行ってください。
2. 代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状が必要になります。
3. １月１日の住所地欄は、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。

職員確認欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付方法 | 窓口　　　郵送 | | | |
| 本人確認書類 | 運転免許証・マイナンバーカード・障がい者手帳・健康保険証・在留カード・  介護保険証・年金手帳・年金証書・その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 対　象　者　の　受　給　者　番　号　等 | | | | |
|  | | 子ども・一人親・  障がい・６５重度 |  | 子ども・一人親・  障がい・６５重度 |
|  | | 子ども・一人親・  障がい・６５重度 |  | 子ども・一人親・  障がい・６５重度 |

亀山市長

**記 入 例**

令和 ４ 年 ７ 月 ５ 日

**地方税関係情報の取得に関する同意書**

下記の者は、亀山市が「亀山市福祉医療費の助成に関する条例」に基づく医療費の助成に関する事務を処理するため、情報提供ネットワークシステム（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第２条第１４項に規定する情報提供ネットワークシステムをいう。）を介し、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、本書の提出の際の事務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 | カメヤマ　タロウ | | | 生 年 月 日 | | 申請者との続柄 | |
| 氏　名 | 亀 山　太 郎 | | | Ｓ６０　年 １ 月 １ 日 | | 父 | |
| 個人番号（マイナンバー）※12桁 | | | ０１２３　４５６７　８９１０ | | | | |
| 現住所 | 三重県鈴鹿市●●町▲▲番地■　〇〇アパート△△△号 | | | | | | |
| 本年１月１日の住所地 | | 三　重 | | 都道府県 | 鈴　鹿 | | 市区町村 |
| 前年１月１日の住所地 | |  | | 都道府県 |  | | 市区町村 |
| 同意者 | フリガナ |  | | | 生 年 月 日 | | 申請者との続柄 | |
| 氏　名 |  | | | 年　　　月　　　日 | |  | |
| 個人番号（マイナンバー）※12桁 | | |  | | | | |
| 現住所 | □同上 | | | | | | |
| 本年１月１日の住所地 | |  | | 都道府県 |  | | 市区町村 |
| 前年１月１日の住所地 | |  | | 都道府県 |  | | 市区町村 |
| 同意者 | フリガナ |  | | | 生 年 月 日 | | 申請者との続柄 | |
| 氏　名 |  | | | 年　　　月　　　日 | |  | |
| 個人番号（マイナンバー）※12桁 | | |  | | | | |
| 現住所 | □同上 | | | | | | |
| 本年１月１日の住所地 | |  | | 都道府県 |  | | 市区町村 |
| 前年１月１日の住所地 | |  | | 都道府県 |  | | 市区町村 |

1. 同意する者が自ら署名を行ってください。
2. 代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状が必要になります。
3. １月１日の住所地欄は、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。

職員確認欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付方法 | 窓口　　　郵送 | | | |
| 本人確認書類 | 運転免許証・マイナンバーカード・障がい者手帳・健康保険証・在留カード・  介護保険証・年金手帳・年金証書・その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 対　象　者　の　受　給　者　番　号　等 | | | | |
|  | | 子ども・一人親・  障がい・６５重度 |  | 子ども・一人親・  障がい・６５重度 |
|  | | 子ども・一人親・  障がい・６５重度 |  | 子ども・一人親・  障がい・６５重度 |