

受給者氏名

地方税関係情報の取得に関する同意書

下記の者は、山口市が山口市乳幼児医療費助成制度要綱、山口市重度心身障害者医療費助成制度要綱、及び山口市ひとり親医療費助成制度要綱の第4条、第5条に基づく事務手続を処理するため、必要な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、同意者の現住所（住所地登録地）または課税市町村が変更になった場合は、速やかに本書を再提出します。また、マイナンバーによる税情報取得を中止したい場合は、速やかに申し出します。

本書の複写は無効であることを申し添えます。

同意者	ふりがな		続柄	生年月日		
	氏名					
	個人番号（マイナンバー）					
	住所	☐ 受給者と同住所				
	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	ふりがな		続柄	生年月日		
	氏名					
	個人番号（マイナンバー）					
	住所	☐ 受給者と同住所				
	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			

注意事項

1. 同意する者が自ら署名を行うこと。
2. 次の書類のいずれかを提示すること。なお、郵送の場合は写しを添付すること。

・個人番号カードの場合：個人番号カードの両面

・通知カード（住所・氏名が住民票と一致しているもの）の場合：通知カード、および身分証（運転免許証等）

・個人番号が記載された住民票の場合：住民票、および身分証（運転免許証等）
3. 代理人が同意書に記入する場合、本人からの委任状を添付すること。

職員確認欄	
受付場所：	受付者：
申請種別	重 ・ ひ ・ 乳
個人番号確認：住基・MNカード・通知カード・住民票の写し	