

受給者氏名

地方税関係情報の取得に関する同意書

受給者及び下記の者は、山口市の保険年金課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、山口市ひとり親医療費助成制度要綱の第4条、第5条及び、山口市こども医療費助成制度要綱の第5条、第6条に基づく事務手続を処理するために限り、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	☐ 受給者と同居		
	本年1月1日の住所	都・道 府・県	市・区 町・村	
	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	☐ 受給者と同居		
	本年1月1日の住所	都・道 府・県	市・区 町・村	
	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、本人からの委任をとること。

職員確認欄	
受付場所：	受付者：
申請種別	重 ・ ひ ・ 乳 ・ こ
備考	