

菰野町長あて

地方税関係情報等必要事項取得に関する同意書

下記の者は、「菰野町福祉医療費の助成に関する条例第4条」に基づく事務手続きを処理するため、菰野町が手続きに必要な個人番号及び地方税関係情報等必要事項を取得することに同意します。なお、上記事務の処理に限って同意することを申し添えます。

記

受給者番号

受給対象者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名			年 月 日
	住所			

同意者	フリガナ		(電話番号)	
	氏名			
	生年月日	年 月 日	受給者との続柄	
	個人番号			
	本年1月1日の住民登録地		住民登録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日の住民登録地			
同意者	フリガナ		(電話番号)	
	氏名			
	生年月日	年 月 日	受給者との続柄	
	個人番号			
	本年1月1日の住民登録地		住民登録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日の住民登録地			
同意者	フリガナ		(電話番号)	
	氏名			
	生年月日	年 月 日	受給者との続柄	
	個人番号			
	本年1月1日の住民登録地		住民登録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日の住民登録地			

※同意書の記入について

- ・同意書には所得及び住民税の課税情報の確認が必要な方全員の署名が必要となります。
- ・代理人が同意書に記入する場合は、本人からの委任状が必要です。
- ・「本年1月1日住民登録地」「昨年1月1日住民登録地」は正確に記入してください。
- ・住所地と異なる自治体で住民税が課税されている場合（住登外課税）は、「本年（昨年）1月1日の住民登録地」には、その市区町村を記入してください。
- ・記入する欄が足りない場合は、複数枚にわたって記入してください。