

苫小牧市長 様

収入等に係る調査に関する同意書

この同意書に記載するものについて、苫小牧市が以下で選択する事業を処理するため、マイナンバーを利用して必要な年度の地方税関係情報等を取得することに同意します。

- 子育て支援医療費助成事業     ひとり親家庭等医療費助成事業  
 重度心身障害者医療費助成事業

受給者	氏名	S・H・R	年	月	日
	住所				
その他の受給者 (複数の場合に記入)	氏名	S・H・R	年	月	日
	氏名	S・H・R	年	月	日
	氏名	S・H・R	年	月	日

同意者 1	フリガナ				電話番号		
	氏名						
	住所	<input type="checkbox"/> 同上					
	生年月日	S・H	年	月	日	続柄	
	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 2	フリガナ				電話番号		
	氏名						
	住所	<input type="checkbox"/> 同上					
	生年月日	S・H	年	月	日	続柄	
	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				

備考

- 1 同意者本人の署名のみ有効です。
- 2 代理人が記入する場合は、本人からの委任状が必要です。
- 3 本同意書の複写は無効となり、使用目的は選択した事業に限ります。
- 4 苫小牧市に住民票を置いたことがない方はマイナンバーカードの表裏の写し、またはマイナンバーの記載された住民票が必要です。