

年

月

日

(宛先) 伊丹市長

地方税関係情報の取得に関する同意書

伊丹市が伊丹市福祉医療費の助成に関する条例、伊丹市子育て支援のための医療費の助成に関する条例、兵庫県福祉医療費助成事業実施要綱又は兵庫県子ども医療費助成事業実施要綱に基づく事務手続きを処理するために限り、 年度の所得等の地方税関係情報を取得（マイナンバー制度による情報連携によるものを含む。）することに同意します。

※同意する本人が自署してください。

同意者 1	フリガナ											生年月日	年 月 日			※職員記入欄			
	氏名												年 月 日			【本人確認】			
	個人番号（伊丹市外に住民票がある方は記入）																		マ・免・パ・手・ 他（ ）
	現住所														宛名番号				
	年 1 月 1 日の住所（住民税が課税された住所地）										年 1 月 1 日の住所（住民税が課税された住所地）								【番号確認】
		都道府県			市区町村	<input type="checkbox"/> 同左		都道府県			市区町村	マ・（ ）							
	電話番号														写 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
同意者 2	フリガナ											生年月日	年 月 日			※職員記入欄			
	氏名												年 月 日			【本人確認】			
	個人番号（伊丹市外に住民票がある方は記入）																		マ・免・パ・手・ 他（ ）
	現住所		<input type="checkbox"/> 上に同じ												宛名番号				
	年 1 月 1 日の住所（課税された住所地） <input type="checkbox"/> 上に同じ										年 1 月 1 日の住所（課税された住所地） <input type="checkbox"/> 上に同じ								【番号確認】
		都道府県			市区町村	<input type="checkbox"/> 同左		都道府県			市区町村	マ・（ ）							
	電話番号														写 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
同意者 3	フリガナ											生年月日	年 月 日			※職員記入欄			
	氏名												年 月 日			【本人確認】			
	個人番号（伊丹市外に住民票がある方は記入）																		マ・免・パ・手・ 他（ ）
	現住所		<input type="checkbox"/> 上に同じ												宛名番号				
	年 1 月 1 日の住所（課税された住所地） <input type="checkbox"/> 上に同じ										年 1 月 1 日の住所（課税された住所地） <input type="checkbox"/> 上に同じ								【番号確認】
		都道府県			市区町村	<input type="checkbox"/> 同左		都道府県			市区町村	マ・（ ）							
	電話番号														写 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				

※受給者全てについてご記入ください。

受給者	フリガナ 氏 名	生年月日	住 所	※職員記入欄
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 同意者 1 に同じ 伊丹市	<input type="checkbox"/> 受給者番号 <input type="checkbox"/> 宛名番号 乳・こ・障・高・母・移
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 上に同じ	<input type="checkbox"/> 受給者番号 <input type="checkbox"/> 宛名番号 乳・こ・障・高・母・移
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 上に同じ	<input type="checkbox"/> 受給者番号 <input type="checkbox"/> 宛名番号 乳・こ・障・高・母・移
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 上に同じ	<input type="checkbox"/> 受給者番号 <input type="checkbox"/> 宛名番号 乳・こ・障・高・母・移
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 上に同じ	<input type="checkbox"/> 受給者番号 <input type="checkbox"/> 宛名番号 乳・こ・障・高・母・移
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 上に同じ	<input type="checkbox"/> 受給者番号 <input type="checkbox"/> 宛名番号 乳・こ・障・高・母・移

【注意事項】

1. 同意が必要な方（以降、「関係者」という。）は、「乳幼児等」「子ども」は『保護者等』（父母両方）、「障害者」「高齢障害者」は『本人、配偶者、扶養義務者』、「母子家庭等」は『母・父・扶養義務者』、「高齢期移行」は『世帯員全員』です。
2. 本人以外の代理人が同意書に記名する場合は、本人からの委任状が必要です。
3. 同意者全員の本人確認書類（マイナンバーカード【表面】・運転免許証・パスポート・障がい者手帳等は1点、資格確認書・福祉医療費受給者証等は2点必要）と伊丹市外に住民票がある方は個人番号の分かる書類（マイナンバーカード【裏面】等）が必要です。
「窓口での手続き：原本の提示か写しの提出」 「郵送での手続き：同意書の裏面へ写しを貼付」
4. 情報連携の都合により、資格の判定に時間を要する場合がありますのでご了承ください。

受付日	入力日

審査	入力	照会	受付

本人確認書類、個人番号確認書類(マイナンバーカードの両面など)の貼り付けにご利用ください。
(枠は目安ですので、サイズが合わない場合などは、内容がわかるように貼り付けてご利用ください。)

同意者 1	本人確認書類 (マイナンバーカード表面、免許証など)	個人番号確認書類 (マイナンバーカード裏面、通知カードなど)
同意者 2	本人確認書類 (マイナンバーカード表面、免許証など)	個人番号確認書類 (マイナンバーカード裏面、通知カードなど)
同意者 3	本人確認書類 (マイナンバーカード表面、免許証など)	個人番号確認書類 (マイナンバーカード裏面、通知カードなど)