

(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こ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¹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。

同意者 1	フリガナ											生年月日	年 月 日	※職員記入欄	
	氏名													【番号確認】	
	個人番号													☐ マ・()	
	現住所	伊丹市												写 ☐ 有 ☐ 無	
	1月1日の住所（課税された住所地）											電話		【本人確認】	
	都 道 府 県 市 区 町 村										☐ マ・免・バ・手 他 () 2点:				
同意者 2	フリガナ											生年月日	年 月 日	※職員記入欄	
	氏名													【番号確認】	
	個人番号													☐ マ・()	
	現住所	☐ 上に同じ												写 ☐ 有 ☐ 無	
	1月1日の住所（課税された住所地）											電話		【本人確認】	
	都 道 府 県 市 区 町 村										☐ マ・免・バ・手 他 () 2点:				
同意者 3	フリガナ											生年月日	年 月 日	※職員記入欄	
	氏名													【番号確認】	
	個人番号													☐ マ・()	
	現住所	☐ 上に同じ												写 ☐ 有 ☐ 無	
	1月1日の住所（課税された住所地）											電話		【本人確認】	
	都 道 府 県 市 区 町 村										☐ マ・免・バ・手 他 () 2点:				

※本人が自署しない場合は、本人の同意を得た上で記名押印してください。

※対象者全てについてご記入ください。

乳・こ・障・高障・母・移の受給者	フリガナ 氏 名	生年月日	住 所	※職員記入欄
		年 月 日	☐ 同意者1に同じ 伊丹市	受給者番号 宛名番号
		年 月 日	☐ 上に同じ	受給者番号 宛名番号
		年 月 日	☐ 上に同じ	受給者番号 宛名番号
		年 月 日	☐ 上に同じ	受給者番号 宛名番号

- 【注意事項】
- 同意が必要な方（以下、「関係者」という。）は、「乳幼児等」「こども」は『保護者等』（父母どちらも）、「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。
関係者本人が自署しない場合は、本人に十分に説明し、**同意を得た上で記名押印**してください。
 - 関係者以外の代理人が同意書に記名押印する場合は、本人からの委任状が必要です。
 - 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）等と**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」**
 - 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。

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)