

稚内市長

様

令和 年 月 日

地方税関係情報の取得に関する同意書

下記の者は、稚内市長が稚内市子ども医療費助成条例第9条、稚内市重度心身障害者及びひとり親家庭等医療費の助成に関する条例第9条又は稚内市母子保健法施行細則第2条及び第3条に基づく事務手続を処理するため、当該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り、上記事務の処理に限って同意することを申し添えます。

同意者	(ふりがな)										
	氏名										
	生年月日	年	月	日生	受給者との続柄						
	個人番号										
	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、その市区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	(ふりがな)										
	氏名										
	生年月日	年	月	日生	受給者との続柄						
	個人番号										
	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、その市区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	(ふりがな)										
	氏名										
	生年月日	年	月	日生	受給者との続柄						
	個人番号										
	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、その市区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							

- (注) 1. 同意する者が自ら署名を行ってください。
2. 代理人が同意書に記入する場合、本人からの委任状が必要です。
3. 記載する欄が足りない場合は、複数枚にわたって記載してください。