

地方税関係情報の取得に関する同意書

年 月 日

(宛先) 伊勢崎市長

私は、伊勢崎市福祉医療費支給に関する条例第4条第1項、第5条及び第9条に基づく事務手続きに必要な限りにおいて、該当年度の地方税関係情報を取得することに同意します。

同意者	フリガナ		受給資格者との続柄
	氏名	(自署)	
	生年月日		
	現住所		
	当年 1/1 住所		
	前年 1/1 住所 (当年と同じなら記載不要)		
	連絡先		
	個人番号		

注意事項

1. 同意書欄は、必ず同意をする人が自ら署名を行ってください。
2. 次の書類のいずれかを提示してください。

①個人番号カード

②個人番号通知書（又は個人番号が記載された住民票）及び身分証（運転免許証等）

※通知カードをお持ちの方は、カードに記載された氏名、住所等が住民票に記載されている事項と一致している場合に限り、利用できます。

※代理人（同一世帯でない親族及び親族でない方）が提出される場合は、同意者の①又は②と代理人の本人確認書類が必要です。

職員記入欄	
受給資格者番号	
本人確認	免・パ・保・介 他（ ）