

地方税関係情報等に係る同意書及び個人番号届出書

年 月 日

香取市長 様

届出人 住所

(同意者) 氏名

生年月日 年 月 日

電話番号

香取市子ども医療費助成制度を利用する間、算定に必要な「地方税関係情報」及び「健康保険の資格情報」を公簿等(個人番号を利用した市町村間情報連携を含む)により香取市が確認することに同意のうえ、個人番号を届出いたします。

☐ 地方税関係情報 ※ 1, ※ 2													
届出人	令和 7 年 1 月 1 日時点での住所												
	マイナンバー												
☐ 健康保険の資格情報 ※ 2													
※子どもの健康保険の資格情報について、情報連携による確認を希望される方のみご記入ください。													
子ども	フリガナ			健康保険の種類									
	氏 名			1. 健康保険組合 (社保)									
	生年月日	年 月 日		2. 共済組合									
				3. 国民健康保険組合 ※該当するものに○ (香取市・組合国保・その他 ())									

- ※ 1 本届出書を提出することにより、香取市がマイナンバー制度による情報連携にて課税情報を確認するため、住民税課税証明書の提出は不要になります。
- ※ 2 本届出書を提出しても、公簿等(個人番号を利用した市町村間情報連携を含む)により地方税関係情報等が確認できない場合は、必要書類の提出をお願いすることがあります。