

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。

<input type="checkbox"/> 地方税関係情報 ※1, ※2												
届出人	年1月1日時点での住所											
	マイナンバー											
<input type="checkbox"/> 健康保険の資格情報 ※3 ※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. 社会保険(協会けんぽ、共済組合等)		
	生年月日	年		月		日		2. 国民健康保険(市町村国保、国保組合)				

- ※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。
- ※3 マイナ保険証の登録をされていない方または香取市国保の方は、情報連携による確認ができませんので、資格確認書または資格情報のお知らせをご提出ください。