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 | 　　　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　 ※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 | フリガナ氏　　名 |  | 健康保険の種類1. 社会保険（協会けんぽ、共済組合等）
2. 国民健康保険（市町村国保、国保組合）
 |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |

※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。