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。

<table>
<tr><td colspan="14">□　地方税関係情報　　※１，※２</td></tr>
<tr><td rowspan="2">届出人</td><td colspan="2">年１月１日時点での住所</td><td colspan="12"></td></tr>
<tr><td colspan="2">マイナンバー</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="14">□　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。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">子ども</td><td>フリガナ</td><td colspan="4"></td><td colspan="4"></td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="4"></td><td colspan="4"></td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="4">年　月　日</td><td colspan="4">年　月　日</td><td colspan="4">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">健康保険の種類</td><td colspan="12">□健康保険組合（社保）　□共済組合
□国民健康保険（ 香取市・その他（　　）　）</td></tr>
</table>

※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。