

地方税関係情報等に係る同意書及び個人番号届出書

〇〇年 〇〇月 〇〇日

香取市長 様

届出人 住所 香取市佐原口 2127 番地
(同意者) 氏名 香取 太郎
生年月日 〇〇年 〇〇月 〇〇日
電話番号 0478-50-1257

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 checked="" type="checkbox"/> 地方税関係情報 ※1, ※2				
届出人	令和〇〇年1月1日時点での住所	〇〇県〇〇市〇〇××番地		
	マイナンバー	△	△	△
<input checked="" type="checkbox"/> 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	カトリ イチロウ	カトリ ハナコ	
	氏名	香取 一郎	香取 花子	
	生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日	〇〇年 〇〇月 〇〇日	年 月 日
健康保険の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 健康保険組合(社保) <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険(香取市・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。