

あて先 釧路市長

地方税関係情報の取得に関する同意書

下記の者は、釧路市子ども医療費助成、釧路市ひとり親家庭等医療費助成、釧路市重度心身障がい者医療費助成、または釧路市精神障がい者入院医療費助成の資格認定および受給者証の更新に関し、釧路市が必要な地方税関係情報(所得情報)を取得することに同意します。

申請者	フリガナ				受給者との続柄
	氏名				本人・父・母・
	生年月日	年	月	日	電話番号
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (令和 年1月1日住所 : 都道府県 市区町村)			
受給者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				

同意者	フリガナ				受給者との続柄
	氏名				本人・父・母・
	生年月日	年	月	日	電話番号
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (令和 年1月1日住所 : 都道府県 市区町村)			

同意者	フリガナ				受給者との続柄
	氏名				本人・父・母・
	生年月日	年	月	日	電話番号
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (令和 年1月1日住所 : 都道府県 市区町村)			

同意者	フリガナ				受給者との続柄
	氏名				本人・父・母・
	生年月日	年	月	日	電話番号
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (令和 年1月1日住所 : 都道府県 市区町村)			

※1月1日住所と異なる市区町村で住民税が課税されている場合は、その市区町村を記入してください。

※同意する者自ら署名を行ってください。

※代理人が記名する場合、本人からの委任が必要です。

<input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 障老 <input type="checkbox"/> 精神	受給者番号	
---	-------	--