

地方税関係情報取得に関する同意書（医療費助成関係）

下記の者は、福島市が（子ども医療費助成・重度心身障がい者医療費助成・ひとり親家庭医療費助成・養育医療の給付制度）に基づく事務手続を処理するために地方税関係情報を取得することについて同意します。

同意者1	受給資格者との続柄	本人・夫・妻・その他()	性別	男・女											
	フリガナ														
	氏名														
	個人番号 (マイナンバー)														
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生													
	現住所	<input type="checkbox"/> 受給資格者に同じ 福島市													
	今年1月1日時点の 住所地(市区町村名)※1	(都・道・府・県) (市・区・町・村)													
	昨年1月1日時点の 住所地(市区町村名)※1	(都・道・府・県) (市・区・町・村)													
市使用欄※2 (団体内統合宛名)															
同意者2	受給資格者との続柄	本人・夫・妻・その他()	性別	男・女											
	フリガナ														
	氏名														
	個人番号														
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生													
	現住所	<input type="checkbox"/> 受給資格者に同じ 福島市													
	今年1月1日時点の 住所地(市区町村名)※1	(都・道・府・県) (市・区・町・村)													
	昨年1月1日時点の 住所地(市区町村名)※1	(都・道・府・県) (市・区・町・村)													
市使用欄※2 (団体内統合宛名)															

※1…当該時点で市区町村民税が課税されていた市区町村名を記載願います。

※2…市で使用しますので、記入は不要です。

本人確認書類 ※2
運免・旅券・住カ・個カ・身手・在カ・特永証・その他()
保険・介保・年手・年証・受給者証等・その他()

