

小児医療証の年齢更新審査において、大和市で所得が確認できない方は、こちらを提出してください。

同意書が必要な方には必要年度とあわせ個別にご案内します。

※同意書は本人の自署によるものに限りません。

記入例

同意書

大 和 市 長 宛

私は、大和市小児医療費助成条例により小児の医療費の助成を受けることができる者の資格審査のため、私の地方税関係情報を大和市こども総務課が取得することに同意します。

平成 **29**年 **11**月 **10**日

住 所 神奈川県大和市鶴間1-1-1

氏 名 大 和 太 郎 大和印

※本人の自署に限ります。

連絡先 046-260-5608

平成 **29** 年度課税地 山梨 都道府県 甲州 市区町村

※課税地とは、住民税を賦課・徴収している地で、通常は平成 **29** 年1月1日に住民登録があった市区町村となります。

同意書とあわせて次のものを提出してください。

- ① 同意者のマイナンバー通知カードの写し
(現在大和市に住民登録があれば省略可能)
- ② 同意者の本人確認書類の写し
(顔写真付1点 もしくは 顔写真なし2点)

※顔写真付のマイナンバーカードの写しの場合は、表裏両面のコピーが必要ですが①と②の両方を兼ねることができます。

※所得状況に応じて市県民税決定通知書など他の書類添付をお願いすることがあります。

※本人確認書類は、氏名・生年月日・住所・(顔写真付の場合)顔写真部分のコピーが必要となります。

同意書

大和市 長 宛

私は、大和市小児医療費助成条例により小児の医療費の助成を受けることができる者の資格審査のため、私の地方税関係情報を大和市こども総務課が取得することに同意します。

平成 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ 印

連絡先 _____

平成 年度課税地 _____ 都道府県 _____ 市区町村 _____

※課税地とは、住民税を賦課・徴収している地で、通常は平成 年 1 月 1 日に住民登録があった市区町村となります。