

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、所得証明書とあわせて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。
※同意書は本人の直筆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 7月 20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せん。

連絡先 046-260-5608

平成 29 年 1月 1日 の住民登録地 山梨 都道府県 甲州 (市町村)

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)
- ③ 所得証明書

マイナンバー情報連携試行運用期間中(平成 29 年 10 月中旬までを予定)は提出をお願いします。試行運用期間終了後も、所得状況に応じて市県民税決定通知書などの書類添付をお願いすることがあります。

※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。

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 1 月 1 日 の住民登録地 _____ 都道府県 _____ 市町村