

記入例

子ども医療証の年齢更新において、0歳から中学校卒業までのお子様を監護し、生計を同じくする父母等の所得が大和市で確認できない方は、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。

同意書

大 和 市 長 宛

子ども医療費助成に係る神奈川県への補助金申請に伴う所得基準判断等、子ども医療費助成事業実施のために必要な情報を確認するため、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。

令和5 年 8 月 1 日

住 所 神奈川県大和市下鶴間1-1-1

氏 名 大 和 太 郎

※本人の自署に限りません。

連絡先 046-260-5608

令和5 年度課税地 神奈川県 川崎市 麻生 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**令和5**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がわかるものの写し（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。

※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

子ども医療費助成に係る神奈川県への補助金申請に伴う所得基準判断等、子ども医療費助成事業実施のために必要な情報を確認するため、地方税関係情報を大和市子ども総務課が取得することに同意します。

____年 ____月 ____日

住 所 _____

氏 名 _____

連絡先 _____

____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____年1月1日に住民登録があった市区町村となります。