

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です。

記入例

同 意 書

大 和 市 長 宛

小児医療費助成事業医療証の審査のため、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2 年 8 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

※本人の自署に限りです。

連絡先 046-260-5608

令和2 年度課税地 神奈川県 横浜市 旭 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2**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)

※顔写真付の個人番号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

小児医療費助成事業医療証の審査のため、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。

____年 ____月 ____日

住 所 _____

氏 名 _____ 印

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日に住民登録があつた市区町村となります。