あて先　札幌市　　区長　　年　　月　　日

受給者番号							

受給者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（受給者が複数名いる場合は、全員の氏名を記入）

地方税関係情報の取得に関する同意書

私は、札幌市子ども医療費助成、札幌市重度心身障がい者医療費助成、または札幌市ひとり親家庭等医療費助成の事務手続を処理するために限り、札幌市が必要な地方税関係情報を取得することに同意します。

同意者１	受給者との続柄			
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日		電話番号	
	住所	【現住所】 【令和　年１月１日住所：　都道府県　　市区町村　】		
同意者２	受給者との続柄			
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日		電話番号	
	住所	【現住所】　□同意者１と同じ 【令和　年１月１日住所：　都道府県　　市区町村　】		
同意者３	受給者との続柄			
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日		電話番号	
	住所	【現住所】　□同意者１と同じ 【令和　年１月１日住所：　都道府県　　市区町村　】		

※１月１日住所と異なる市区町村で住民税が課税されている場合はその市区町村を記入してください。

※同意する者が自ら署名を行ってください。

※代理人が記名する場合、本人からの委任が必要です。

【委任確認欄】

□私(　　)は、本人から委任を受けた上で、その者の氏名・住所等を代筆しております。

区役所記入：統合端末でマイナンバーを確認 □