

課税状況確認の同意書

一関市長 様

私は、下記手続きに必要な世帯状況の確認のため、課税台帳の閲覧・資料の提供（※情報提供ネットワークシステムを介した該当年度にかかる地方税関係情報の照会を含む。）が行われることについて同意します。

対象となる手続き（該当するものを○で囲んでください。）

〔 育成医療 ・ 養育医療 〕

令和 年 月 日

同意者	フリガナ	
	氏名 (受診者)	
同意者	フリガナ	
	氏名	
	住所	<input type="checkbox"/> 受診者と同居
同意者	フリガナ	
	氏名	
	住所	<input type="checkbox"/> 受診者と同居
同意者	フリガナ	
	氏名	
	住所	<input type="checkbox"/> 受診者と同居

※情報ネットワークシステムとは、マイナンバーによる世帯の課税台帳等の照会可能なシステムです。

記載要領

- 1 同意する者が自ら署名を行ってください。
- 2 受診者と同居の場合は、□に✓点のチェックをしてください。
(住所の記入は省略できます。)
- 3 同世帯員が書ききれない場合は、下記へ記入してください。

氏名(フリガナ) _____

氏名(フリガナ) _____