

地方税関係情報の取得に関する同意書（高校生等医療用）

下記の者は、赤穂市が赤穂市高校生等医療費助成要綱第5条に基づく事務手続きを処理するために、令和 年度課税分以降の地方税関係情報について取得することに同意します。

保護者、 扶養義務者等 (同意者)	ふりがな		生年月日
	氏 名		年 月 日
	現 住 所	<input type="checkbox"/> 申請書と同じ	
	令和 年度の 住民税課税地	都・道・府・県	市・区・町・村
保護者、 扶養義務者等 (同意者)	ふりがな		生年月日
	氏 名		年 月 日
	現 住 所	<input type="checkbox"/> 申請書と同じ	
	令和 年度の 住民税課税地	都・道・府・県	市・区・町・村
保護者、 扶養義務者等 (同意者)	ふりがな		生年月日
	氏 名		年 月 日
	現 住 所	<input type="checkbox"/> 申請書と同じ	
	令和 年度の 住民税課税地	都・道・府・県	市・区・町・村

記載要領

- 1 同意者が自ら署名を行ってください。
- 2 代理人が同意書に署名する場合は、本人からの委任状が必要です。
- 3 同意者の数が署名欄より多い場合は、複数枚にわたって記載してください。
- 4 住民税課税地には、1月1日時点で居住されていた市区町村名をご記入ください。（住所地と異なる自治体で住民税が課税されている場合はその市区町村）