

苫小牧市長 様

収入等に係る調査に関する同意書

この同意書に記載する者について、以下で選択する事業で必要があるときは、苫小牧市が私の地方税関係情報を取得することに同意します。

- 苫小牧市乳幼児等医療費助成事業
- 苫小牧市ひとり親家庭等医療費助成事業
- 苫小牧市未熟児養育医療給付事業

受給対象者	氏 名	S・H・R	年	月	日
	住 所				
その他の 受給対象者 (複数の場合に記入)	氏 名	S・H・R	年	月	日
	氏 名	S・H・R	年	月	日
	氏 名	S・H・R	年	月	日
	氏 名	S・H・R	年	月	日

同意者①	署 名	S・H・R	年	月	日
	住 所 <input type="checkbox"/> 同上	続柄			
同意者②	署 名	S・H・R	年	月	日
	住 所 <input type="checkbox"/> 同上	続柄			
同意者③	署 名	S・H・R	年	月	日
	住 所 <input type="checkbox"/> 同上	続柄			
同意者④	署 名	S・H・R	年	月	日
	住 所 <input type="checkbox"/> 同上	続柄			
同意者⑤	署 名	S・H・R	年	月	日
	住 所 <input type="checkbox"/> 同上	続柄			

備考

- 1 同意者本人の署名のみ有効となります。(代理人が署名した場合は、委任状添付のこと。)
- 2 同意者が受給対象者と同一住所の場合は、住所の記入は不要です。
- 3 本同意書の複写は無効となり、使用目的は選択した事業に限ります。

(注) **裏面にも記入箇所があります。**

各基準日の住所は下記のとおりです。

対象受給者 表面同意書のとおり

住所確認者

	令和4年1月1日		令和5年1月1日	
同意者①	都 道 府 県	市 区 町 村	都 道 府 県	市 区 町 村
同意者②	都 道 府 県	市 区 町 村	都 道 府 県	市 区 町 村
同意者③	都 道 府 県	市 区 町 村	都 道 府 県	市 区 町 村
同意者④	都 道 府 県	市 区 町 村	都 道 府 県	市 区 町 村
同意者⑤	都 道 府 県	市 区 町 村	都 道 府 県	市 区 町 村

※苦小牧市に一度も転居していない方は、**マイナンバーカードの写し**、または
マイナンバーの記載された住民票が必要です。

※基準日時点で苦小牧市にお住まいでなかった方のみご記入ください

※19歳未満の方は記入不要です