第2号様式（第3条関係）

受給者証交付（更新）に係る税務情報利用同意書

令和　　　年　　月　　日

大　垣　市　長　　様

私は、大垣市心身障害者医療費助成金条例に基づく医療費助成の受給資格の認定及び更新に当たり、大垣市が私に関する税務情報を利用することについて同意します。

　　　　　　　　　来庁者　□受給資格者本人　　□本人以外　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□受給資格者に同じ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受給資格者との続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

【税務情報を利用することに同意する者】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　象　者 | 住　　　　所 | | | | | | | | | | | | | |
| フ　リ　ガ　ナ | 受給資格者との続柄 | | | | 生　年　月　日 | | | | | | | | |
| 氏　　　名 | 個　人　番　号 | | | | | | | | | | | | |
| 受給資格者 | 大垣市 | | | | | 年１月１日の住所　　　　　　市・区・町・村 | | | | | | | | |
| 年１月１日の住所　　　　　　市・区・町・村 | | | | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | 続柄( 本人 ) | | | | 大・昭・平・令　　　　年　　月　　日生 | | | | | | | | |
| 氏名 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 扶養義務者  （配偶者  及び  被保険者  を含む） | 大垣市  □受給資格者に同じ | | | | | 年１月１日の住所　　　　　　市・区・町・村 | | | | | | | | |
| 年１月１日の住所　　　　　　市・区・町・村 | | | | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | 続柄( 　　 ) | | | | 大・昭・平・令　　　　年　　月　　日生 | | | | | | | | |
| 氏名 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 大垣市  □受給資格者に同じ | | | | | 年１月１日の住所　　　　　　市・区・町・村 | | | | | | | | |
| 年１月１日の住所　　　　　　市・区・町・村 | | | | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | 続柄( 　　 ) | | | | 大・昭・平・令　　　　年　　月　　日生 | | | | | | | | |
| 氏名 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 大垣市  □受給資格者に同じ | | | | | 年１月１日の住所　　　　　　市・区・町・村 | | | | | | | | |
| 年１月１日の住所　　　　　　市・区・町・村 | | | | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | 続柄( 　　 ) | | | | 大・昭・平・令　　　　年　　月　　日生 | | | | | | | | |
| 氏名 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 大垣市  □受給資格者に同じ | | | | | 年１月１日の住所　　　　　市・区・町・村 | | | | | | | | |
| 年１月１日の住所　　　　　市・区・町・村 | | | | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | 続柄( 　　 ) | | | | 大・昭・平・令　　　　年　　月　　日生 | | | | | | | | |
| 氏名 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　◎ＤＶ支援措置等該当の有無　　　有　・　無

**【注意事項】**

※　**同意が必要な方については、記入見本を必ずご確認ください。**

※　同一住所で住民票が別、生計が別の場合、その旨の申立書を提出していただければ同意が不要になることがあります。

※　１６歳未満の方も所得がある場合は記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付者 |  | 宛名番号 |  | （　　　枚／　　枚中） |