**個人番号及び税務情報の閲覧と提供に関する同意書**

**郵送用**

令和 　　年 　 月 　 日

小諸市長　あて

下記対象者について小諸市行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に基づく個人番号の利用及び特定個人情報の提供に関する条例別表第１及び別表第２の第９項に規定する福祉医療費支給審査のため、**個人番号の確認**及び**令和　　　年度**の地方税情報の閲覧・取得を小諸市が　行うことに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **受給者（福祉医療受給者証を所有している方）** | | | | | | |
|  | ㊞ | | | | | |
| 生年月日 | 大・昭・平　　　　　年　　　月　　　日 | | | | 連絡先 |  |
| 住所 | 小諸市 | | | | | |
| 令和　　年１月１日時点で住民票があった住所 | | | |  | | |
| **扶養義務者（生計同一関係にある、直系親族　及び　兄弟姉妹）** | | | | | | |
| 扶養義務者① | |  | ㊞ | | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住所 | （受診者と同一の場合は記入不要） | | | |
| 令和　　年１月１日時点で住民票があった住所 | | | | （受診者と同一の場合は記入不要） | | |
| 扶養義務者② | |  | ㊞ | | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住所 | （受診者と同一の場合は記入不要） | | | |
| 令和　　年１月１日時点で住民票があった住所 | | | | （受診者と同一の場合は記入不要） | | |
| 扶養義務者③ | |  | ㊞ | | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住所 | （受診者と同一の場合は記入不要） | | | |
| 令和　　年１月１日時点で住民票があった住所 | | | | （受診者と同一の場合は記入不要） | | |
| 扶養義務者④ | |  | ㊞ | | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住所 | （受診者と同一の場合は記入不要） | | | |
| 令和　　年１月１日時点で住民票があった住所 | | | | （受診者と同一の場合は記入不要） | | |

**添付書類　（確認ができない場合、個人番号を用いた照会は行えません。）**

□記載された全員の本人確認ができる身分証明書（顔写真付きのもの一点　顔写真がないものは二点）

**注意事項**

□　令和　　年1月1日の時点で小諸市に住民票がなかった方は、小諸市から住民票があった市区町村に、個人番号を用いた税務情報の照会を行います。個人番号による情報照会にて税務情報が取得できなかった場合、所得課税扶養証明書をご自身で取得し、提出していただく必要があります。

□　情報照会には日数を要する場合があります。受給者証の交付までにお時間をいただきますのであらかじめご了承下さい。

□　代理人（扶養義務者以外の方）が署名、提出される場合には裏面の同意書の記載が必要になります。

委任状

　　　年　　　月　　　　日

小　諸　市　長　宛て

**受　　任　　者**

氏　　名

住　　所

生年月日

私は上記のものを代理人と定め、福祉医療助成制度の申請に関することについて

委任します。

**委　　任　　者**

氏　　名

住　　所　小諸市

生年月日　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日

※委任者が複数人の場合は以下に記載。

氏　　名

住　　所

生年月日　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日

氏　　名

住　　所

生年月日　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日

・代理人が申請される場合、代理人の本人確認ができる身分証明書の提示が必要です。