

稲城市長 殿

## 地方税関係情報照会 同意書

以下〈同意者欄〉に署名のある者は、稲城市子育て支援課が

<input type="checkbox"/> (マル乳・マル子)	稲城市乳幼児の医療費の助成に関する条例第5条・稲城市義務教育就学児の医療費の助成に関する条例第5条		
<input type="checkbox"/> (育 成)	稲城市児童育成手当条例第6条	<input type="checkbox"/> (マル親)	稲城市ひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例第5条
<input type="checkbox"/> (入院助産) <input type="checkbox"/> (母子生活支援施設)	稲城市児童福祉法施行細則第15条	<input type="checkbox"/> (養育医療)	稲城市の未熟児養育医療の給付に関する要綱第3条
<input type="checkbox"/> (高等職業訓練給付金)	稲城市母子家庭及び父子家庭高等職業訓練促進給付金等事業実施要綱 第5条 第8条	<input type="checkbox"/> (教育訓練給付金)	稲城市母子家庭及び父子家庭自立支援教育訓練給付金事業実施要綱 第4条
<input type="checkbox"/> (ホームヘルプサービス)	稲城市ひとり親家庭ホームヘルプサービス事業実施要綱 第8条		

を処理するために限り個人番号を用いて地方税関係情報について取得することに同意します。  
なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

〈同意者欄〉 (※)について：制度により、いつの時点の居住地を書いていたかが異なります。【お問い合わせ先】までご連絡ください。

申請者	ふりがな		住 所	稲城市		
	氏名	印			都道府県	市 区
	生年月日	・ ・				
申請者との続柄	ふりがな		住 所	稲城市		
	氏名	印			都道府県	市 区
	生年月日	・ ・				
申請者との続柄	ふりがな		住 所	稲城市		
	氏名	印			都道府県	市 区
	生年月日	・ ・				
申請者との続柄	ふりがな		住 所	稲城市		
	氏名	印			都道府県	市 区
	生年月日	・ ・				
申請者との続柄	ふりがな		住 所	稲城市		
	氏名	印			都道府県	市 区
	生年月日	・ ・				

- 記載要領
- 1 同意する者が自ら署名を行うこと。
  - 2 代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状をとること。
  - 3 申請書等に同意が必要な者の住所を記入している場合、同意書への住所の記入は省略してもよい。
  - 4 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は欄外に記載して差し支えない。

〈市記入欄 同意の必要な方〉

【お問い合わせ先】 稲城市役所 福祉部 子育て支援課 手当助成係 TEL:042-378-2111 内線 (236・232)