

受給者番号

記入日、受給者となる方の氏名  
(例 子ども医療費助成の場合はお子さん)を記入してください。

受給者氏名 **札幌 次郎**

(受給者が複数名いる場合は、全員の氏名を記入)

地方税関係情報の取得に関する同意書

同意者欄は、申請年(または申請年の前年)の1月1日に札幌市に住民票がない所得・課税状況の確認が必要な方全員について記載してください。

障がい者医療費助成、または札幌市ひとり限り、札幌市が必要な地方税関係情報を

取得9/ 同意しま9。

同意者1	受給者との続柄	父		
	フリガナ	サッポロ タロウ		
	氏名	札幌 太郎		
	生年月日	平成×年×月×日	電話番号	070-1234-5678
	住所	【現住所】 札幌市○区■丁目▲-▲ サッポロマンション◎号室 【令和○年1月1日住所： 北海道 旭川 市 区】		
同意者2	受給者との続柄	母		
	フリガナ	サッポロ ハナコ		
	氏名	札幌 花子		
	生年月日	平成×年×月×日	電話番号	080-1234-5678
	住所	【現住所】 <input checked="" type="checkbox"/> 同意者1と同じ 【令和○年1月1日住所： 東京都 千代田 市 区】		
同意者3	受給者との続柄			
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日		電話番号	
	住所	【現住所】 <input type="checkbox"/> 同意者1と同じ 【令和 年1月1日住所： 都道府県 市区町村】		

※1月1日住所と異なる市区町村で住民税が課税され  
※同意する者が自ら署名を行ってください。  
※代理人が記名する場合、本人からの委任が必要です

委任を受けて同意者欄を代理人が記入する場合、のうえ代理人氏名を記載してください。

【委任確認欄】

私( **札幌 太郎** )は、本人から委任を受けた上で、その者の氏名・住所等を代筆しております。