

同意書

下記の者は、御殿場市の御殿場市子ども医療費助成規則第2条第7号に基づく事務手続を処理するために限って、対象となる子どもが当該助成を受けることにつき、合計所得金額を判断するために必要な地方税関係情報を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	申請者との続柄	本人・その他（ ）		
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	昭和・平成	年	月 日
	現住所			<input type="checkbox"/> 申請者と同居
	今年1月1日時点の住所			
	昨年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 同上		
同意者	申請者との続柄	配偶者・その他（ ）		
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	昭和・平成	年	月 日
	現住所			<input type="checkbox"/> 申請者と同居
	今年1月1日時点の住所			
	昨年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 同上		

記載要領

- 1 同意する者が自ら署名を行うこと。
- 2 代理人（同意する者以外の者）が同意書に署名する場合、本人からの委任状をとること。

合計所得金額を判断するために必要な税情報

- ・基準日が4月1日から6月30日までの場合は、基準日が属する年度の前年度
- ・基準日が7月1日から3月31日までの場合は、基準日が属する年度

以降も市外で課税が生ずる場合であって、子どもが助成を受ける間は毎年 当該年度

※ 基準日…子どもの誕生日又は転入日であり、申請日ではありません。