

# 「地方税関係情報」の確認に係る同意書

郵送の場合は投函日をご記入ください。

令和 **4**年 **5**月 **2**日

(あて先) 成田市長

下記の者は、成田市が【対象制度】欄に記載された事務手続きを行なうために必要な範囲で、地方税関係情報を公簿等（個人番号を利用した市町村間情報連携を含む）により確認することに同意します。（将来、受給資格等の更新等のため、確認が必要となった場合も同様です。）

## 【対象制度】

制度名	確認が必要な人
児童手当 又は 児童手当法に定める特例給付	請求者と配偶者
成田市子ども医療費助成制度	子どもを養育する父母、同世帯の扶養義務者
成田市高校生等医療費助成制度	
成田市病児・病後児保育事業利用登録	
児童扶養手当	請求者、請求者とともに居住する扶養義務者
成田市母子家庭・父子家庭等医療費等助成制度	
その他（ ）	

## 【受給資格認定の申請（請求）者】

住 所	<b>成田市花崎町7777-7</b>
氏 名	<b>花崎 一郎</b>

## 【申請（請求）者の配偶者、扶養義務者等のうち確認に同意する人】

住 所 (申請(請求)者と別居の場合のみ記入)	氏 名	申請(請求)者 からみた続柄
	<b>花崎 花子</b>	<b>妻</b>
	<b>花崎 梅子</b>	<b>母</b>

※同意を得られず、市による所得・課税情報の確認が行えない場合は、その方の課税・所得証明書をご提出いただく必要があります。

※同意する者が自ら署名を行ってください。

--	--	--	--	--	--	--	--