

**「地方税関係情報」「加入医療保険の資格情報」及び
「戸籍関係情報」の確認に係る同意書**

(あて先) 成田市長

年 月 日

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」「加入医療保険の資格情報」及び「戸籍関係情報」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	地方税関係情報の確認が必要な人	加入医療保険の資格情報の確認が必要な人
児童手当	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	子ども
成田市高校生等医療費助成制度		
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（※）		請求者、子ども
遺児等手当（※）	請求者	
その他（ ）		

※申請（請求）者、配偶者及び子どもの「戸籍関係情報」の確認が必要となる制度

【受給資格認定の申請（請求）者】

住 所	
氏 名	

【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

※公簿等により事務手続きに必要な情報が確認できない場合は、別途書類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。