

地方税関係情報の取得に関する同意書

下記の者は、加古川市が加古川市医療の助成に関する条例第5条に基づく事務手続を処理するために限り、令和8年度課税分以降の地方税関係情報について取得することに同意します。

受給者 (複数の場合 は、内一人)	ふりがな		生年月日
	氏名		年 月 日
同意者 (父等)	ふりがな		生年月日
	氏名		年 月 日
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請書と同じ	
	令和8年度の 住民税課税地	都・道・府・県	市・区・町・村
同意者 (母等)	ふりがな		生年月日
	氏名		年 月 日
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請書と同じ	
	令和8年度の 住民税課税地	都・道・府・県	市・区・町・村

記載要領

- 同意者が自ら署名を行ってください。
- 代理人が同意書に署名する場合は、本人からの委任状が必要です。
- 同意者の数が署名欄より多い場合は、複数枚にわたって記載してください。
- 令和8年度の住民税課税地には、令和8年1月1日時点で居住されていた市区町村名をご記入ください。（住所地と異なる自治体で住民税が課税されている場合はその市区町村）
- 同意者に、令和7年12月31日に16歳以上19歳未満の所得税法上の扶養親族がある場合は、別途申立書の記入が必要です。

～乳幼児等・子ども医療費助成制度を申請されるみなさま～

加古川市では、乳幼児等医療費助成制度・子ども医療費助成制度について所得制限を設けていませんが、これは市が兵庫県の医療費助成制度に上乘せして行っているものです。兵庫県からの補助金交付の対象者かを確認するため、子どもの保護者、または扶養義務者の所得確認が必要となります。

本制度の維持に必要な財源確保のため、対象者の所得状況調査にご協力くださいますようお願い申し上げます。

16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族に関する申立書

※左記の「地方税関係情報の取得に関する同意書」を記載した方のうち、令和7年12月31日に16歳以上19歳未満の所得税法上の扶養親族がある場合にご記入ください。

私の所得税法上の扶養親族のうち、令和7年12月31日において年齢が16歳以上19歳未満であった者について、以下のとおり申し立てます。

なお、この申立書により、申し出る16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の人数は、所得税及び住民税における内容と相違ありません。

受給者 (複数の場合 は、内一人)	ふりがな		生年月日
	氏名		
申立者	氏名	(左記の同意者のうち、下記の者を扶養している者)	
16歳以上 19歳未満 の控除 対象 扶養 親族	ふりがな		続柄
	氏名 生年月日		
	住所	<input type="checkbox"/> 申立者と同じ	
	ふりがな		続柄
16歳以上 19歳未満 の控除 対象 扶養 親族	氏名 生年月日	年 月 日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申立者と同じ	
	ふりがな		続柄
	氏名 生年月日	年 月 日	
16歳以上 19歳未満 の控除 対象 扶養 親族	住所	<input type="checkbox"/> 申立者と同じ	

注意事項

- 記入欄が足りない場合は、複数枚にわたって記載してください。
- この申立書は、福祉医療費助成制度に関する所得判定に利用します。

加古川市長 様

記入例

〇〇年〇〇月〇〇日

地方税関係情報の取得に関する同意書

下記の者は、加古川市が加古川市医療の助成に関する条例第5条に基づく事務手続を処理するために限り、令和8年度課税分以降の地方税関係情報について取得することに同意します。

は、 受給者 (複数 の場合 一人)	ふりがな	かこがわ たろう	生年月日
	氏名	加古川 太郎	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日
同 意者 (父等)	ふりがな	かこがわ じろう	生年月日
	氏名	加古川 次郎	昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請書と同じ	
	令和8年度の 住民税課税地	兵庫 都・道・府・県	神戸 市・区・町・村
同 意者 (母等)	ふりがな		生年月日
	氏名		年 月 日
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請書と同じ	
	令和8年度の 住民税課税地	都・道・府・県	市・区・町・村

記載要領

- 同意者が自ら署名を行ってください。
- 代理人が同意書に署名する場合は、本人からの委任状が必要です。
- 同意者の数が署名欄より多い場合は、複数枚にわたって記載してください。
- 令和8年度の住民税課税地には、令和8年1月1日時点で居住されていた市区町村名をご記入ください。（住所地と異なる自治体で住民税が課税されている場合はその市区町村）
- 同意者に、令和7年12月31日に16歳以上19歳未満の所得税法上の扶養親族がある場合は、別途申立書の記入が必要です。

～乳幼児等・こども医療費助成制度を申請されるみなさま～

加古川市では、乳幼児等医療費助成制度・こども医療費助成制度について所得制限を設けていませんが、これは市が兵庫県等の医療費助成制度に上乗せして行っているものです。兵庫県からの補助金交付の対象者かを確認するため、こどもの保護者、または扶養義務者の所得確認が必要となります。

本制度の維持に必要な財源確保のため、対象者の所得状況調査にご協力くださいますようお願い申し上げます。

加古川市長 様

記入例

〇〇年〇〇月〇〇日

16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族に関する申立書

※左記の「地方税関係情報の取得に関する同意書」を記載した方のうち、令和7年12月31日に16歳以上19歳未満の所得税法上の扶養親族がある場合にご記入ください。

私の所得税法上の扶養親族のうち、令和7年12月31日において年齢が16歳以上19歳未満であった者について、以下のとおり申し立てます。

なお、この申立書により、申し出る16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の人数は、所得税及び住民税における内容と相違ありません。

は、 受給者 (複数 の場合 一人)	ふりがな	かこがわ たろう	生年月日
	氏名	加古川 太郎	昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日
申 立 者	氏名	(左記の同意者のうち、下記の者を扶養している者) 加古川 次郎	
	16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族	ふりがな	かこがわ いちろう
	氏名	加古川 一郎	子
	生年月日	平成〇〇年 〇〇月 〇〇日	
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申立者と同じ	
	ふりがな		続柄
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申立者と同じ	
	ふりがな		続柄
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申立者と同じ	

注意事項

- 記入欄が足りない場合は、複数枚にわたって記載してください。
- この申立書は、福祉医療費助成制度に関する所得判定に利用します。