

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7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。

同意者	ふりがな		生年月日
	氏 名		年 月 日
	現 住 所	☐ 申請書と同じ	
	令和7年度の 住民税課税地	都・道・府・県	市・区・町・村
同意者	ふりがな		生年月日
	氏 名		年 月 日
	現 住 所	☐ 申請書と同じ	
	令和7年度の 住民税課税地	都・道・府・県	市・区・町・村
同意者	ふりがな		生年月日
	氏 名		年 月 日
	現 住 所	☐ 申請書と同じ	
	令和7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7年度の住民税課税地には、令和7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6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。

【提出先・問合せ先】

加古川市 医療助成年金課 医療助成係
新館1階④窓口 電話 079-427-9190（直通）

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6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6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。

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）	
	氏 名		
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	年 月 日	
	住 所	☐ 申立者と同じ	
	ふりがな		続 柄
	氏 名 生年月日	年 月 日	
	住 所	☐ 申立者と同じ	
	ふりがな		続 柄
	氏 名 生年月日	年 月 日	
	住 所	☐ 申立者と同じ	
	氏 名 生年月日	年 月 日	

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。

【提出先・問合せ先】

加古川市 医療助成年金課 医療助成係
新館1階④窓口 電話 079-427-9190（直通）