

(宛先) 厚木市長

令和 年 月 日

同 意 書

厚木市の担当職員が神奈川県小児医療費助成事業補助金の対象可否判定のため、令和 5 年度以降私の養育する子が厚木市子ども医療費助成を受給している期間において、地方税関係 **所得判定年度** いて取得することに同意します。

|     |                 |                                             |                         |   |  |
|-----|-----------------|---------------------------------------------|-------------------------|---|--|
| 同意者 | フリガナ            | アツギ タロウ                                     |                         |   |  |
|     | 氏名              | 厚木 太郎                                       |                         |   |  |
|     | 生年月日            | 昭和・平成 〇 年 〇 月 〇 日                           | 対象児童との続柄                | 父 |  |
|     | 知事番号            |                                             |                         |   |  |
|     | 所得判定年度の1月1日の住所地 | 〇〇県〇〇市〇〇2-2-2 〇〇ハイツ202                      |                         |   |  |
|     | ①令和 5年1月1日の住所地  | 〇 〇 都・道 府・県 〇 〇 市・区 町・村                     |                         |   |  |
| 同意者 | ②令和 6年1月1日の住所地  | <input checked="" type="checkbox"/> ①と同じ住所地 | 都・道 府・県 市・区 町・村         |   |  |
|     | ③令和 7年1月1日の住所地  | <input type="checkbox"/> ②と同じ住所地            | 〇 〇 都・道 府・県 〇 〇 市・区 町・村 |   |  |
|     | フリガナ            | アツギ ハナコ                                     |                         |   |  |
|     | 氏名              | 厚木 花子                                       |                         |   |  |
|     | 生年月日            | 昭和・平成 〇 年 〇 月 〇 日                           | 対象児童との続柄                | 母 |  |
|     | 知事番号            |                                             |                         |   |  |
| 同意者 | 所得判定年度の1月1日の住所地 | 〇〇県〇〇市〇〇2-2-2 〇〇ハイツ202                      |                         |   |  |
|     | ①令和 5年1月1日の住所地  | 〇 〇 都・道 府・県 〇 〇 市・区 町・村                     |                         |   |  |
|     | ②令和 6年1月1日の住所地  | <input checked="" type="checkbox"/> ①と同じ住所地 | 都・道 府・県 市・区 町・村         |   |  |
|     | ③令和 7年1月1日の住所地  | <input type="checkbox"/> ②と同じ住所地            | 〇 〇 都・道 府・県 〇 〇 市・区 町・村 |   |  |

記載要領

- 1 同意する者が自ら署名を行ってください。
- 2 子ども医療費助成は、神奈川県補助金対象事業であり、その対象の可否を判定するために、養育者の地方税関係情報を必要とします。養育者の地方税関係情報が厚木市に無い場合は、この同意書又は所得証明書を提出してください。
- 3 提出する際、同意者の番号確認書類(個人番号カード、個人番号が記載された住民票等)と身元確認書類(写真付の身分証明書1つ又は写真のない身分証明書2つ)による本人確認を行います。郵送の場合はこれらの書類の写しを添付してください。

|                  |      |                                                                        |                                                                                                                                                              |            |
|------------------|------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 市<br>処<br>理<br>欄 | 番号確認 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票又は記載事項証明書 |                                                                                                                                                              | 基幹S<br>確認者 |
|                  | 身元確認 | 写真有(1つ)                                                                | <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ( )                              |            |
|                  |      | 写真無(2つ)                                                                | <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 母子手帳 <input type="checkbox"/> 学生証・社員証 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |            |
|                  | 備考   |                                                                        |                                                                                                                                                              |            |