（保健センター・地域福祉課）
地方税関係情報の取得に係る同意書

年　　月　　日

堺市長　殿

下記の者は、「２．同意業務一覧」に記載の業務に係る事務手続を処理するために限って必要な地方税関係情報について取得することに同意します。

記

１．同意者

(ふりがな) 氏　名		対象者との続柄	本人
生年月日	年　　月　　日		
現住所			
居住していた市町村名 (　　年１月１日時点)			
(ふりがな) 氏　名		対象者との続柄	
生年月日	年　　月　　日		
現住所			□ 対象者と同じ
居住していた市町村名 (　　年１月１日時点)			□ 対象者と同じ
(ふりがな) 氏　名		対象者との続柄	
生年月日	年　　月　　日		
現住所			□ 対象者と同じ
居住していた市町村名 (　　年１月１日時点)			□ 対象者と同じ
(ふりがな) 氏　名		対象者との続柄	
生年月日	年　　月　　日		
現住所			□ 対象者と同じ
居住していた市町村名 (　　年１月１日時点)			□ 対象者と同じ
(ふりがな) 氏　名		対象者との続柄	
生年月日	年　　月　　日		
現住所			□ 対象者と同じ
居住していた市町村名 (　　年１月１日時点)			□ 対象者と同じ

（保健センター・地域福祉課）

２．同意業務一覧

□	予防接種自己負担金免除申請書（肺炎球菌・帯状疱疹・コロナ・インフル）
□	NHK 放送受信料免除申請手続き
□	堺市障害者等補装具給付金支給
□	堺市重度障害者等住宅改修費の給付決定
□	堺市障害者（児）日常生活用具の給付決定
□	堺市障害者扶養共済掛金減免制度
□	堺市重症障害者医療的ケア支援事業
□	堺市身体障害者緊急通報システム
□	堺市難聴児特別補聴器等の購入等に要する費用の支給
□	堺市身体障害者用自動車改造費助成
□	堺市高齢者紙おむつ給付事業
□	堺市高齢者緊急通報システム事業
□	堺市高齢者日常生活用具給付事業
□	堺市身体障害者手帳診断書無料交付事業
□	堺市精神障害者保健福祉手帳診断書料給付事業
□	
□	
□	
□	
□	

＜注意事項＞

１．同意する者がそれぞれ自ら署名（自署できない場合は記名・押印）してください。
　同意する者が未成年の場合は、親権者が当該未成年者の氏名を記載し、親権者の署名（または記名・押印）とその横に続柄（当該未成年者に対する親権者の続柄）を記載してください。

２．代理人が同意書に署名する場合、本人の委任状が必要です。

３．現住所や居住していた市町村が対象者と同じ場合、「対象者と同じ」にチェックを入れてください。その場合、現住所や居住していた市町村名の記入は不要です。

４．該当する業務にチェックを入れてください。

５．当同意書を印刷する際は、両面印刷してください。