

被扶養者以外の方は「同意書」の提出による地方税関係の情報照会はできません。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

同意書

下記の者は愛媛県市町村職員共済組合が行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律別表第二の主務省令で定める事務及び情報を定める命令第三十一条の二に規定する事務手続を処理するために限って地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限り同意することを申し添えます。

●該当事務手続（該当事務に○をつけてください。）

<input type="checkbox"/>	高額療養費の支給の請求に係る事実についての審査に関する事務（第三号）
<input type="checkbox"/>	高額介護合算療養費の支給の請求に係る事実についての審査に関する事務（第四号ロ）
<input type="checkbox"/>	被扶養者の申告に係る事実についての審査に関する事務（第九号ロ）
<input checked="" type="checkbox"/>	組合員被扶養者証の検認又は更新に関する事務（第十号ロ）
<input type="checkbox"/>	一部負担金の割合が100分の30となる場合の申請に係る事実についての審査に関する事務（第十二号）
<input type="checkbox"/>	食事療養標準負担額の減額に関する特例の請求に係る事実についての審査に関する事務（第十三号）
<input type="checkbox"/>	生活療養標準負担額減額に関する特例の請求に係る事実についての審査に関する事務（第十四号）
<input type="checkbox"/>	限度額適用・標準負担額減額の認定の申請に係る事実についての審査に関する事務（第十六号）

●申請者（組合員）

申請者	組合員証 記号番号	○○○ - ○○○○	所属所名	○○市				
	フリガナ	キョウサイ タロウ	生年月日	昭和	○年	○月	○日	<input type="checkbox"/> 申請者と同意者が同一の場合
	氏名	共済 太郎						
	住所	〒○○○-○○○ ○○市○○町○○丁目○番○号						

●同意者

同意者①	フリガナ	キョウサイ ハナコ	生年月日	昭和	○年	○月	○日	申請者との続柄	配偶者
	氏名	共済 花子						<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同居	
同意者②	フリガナ	キョウサイ ジロウ	生年月日	平成	○年	○月	○日	申請者との続柄	長男
	氏名	共済 次郎						<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同居	
	住所	〒 -							

〈記載要領〉

- 1 同意する者が
- 2 代理人が同意
- 3 同意が必要な
- 4 申請者と同意

情報照会は同意者(被扶養者)の住民票の住所地の自治体に対して行いますので、進学等により組合員と別居している被扶養者で、住民票を下宿先に移していない場合は、住民票の住所を記入してください。