

群馬県知事 へ

令和 年 月 日

世帯員調査書兼同意書

下記の者は、群馬県肝炎治療費等助成事業実施要綱第9条に基づく事務手続を処理するために限って最新の地方税関係情報（申請月が5月から6月においては旧年度及び新年度の2年度分とする）について取得することに同意します。

市町村民税 (所得割)		円												
申請者	フリガナ													
	氏名													
	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年 月 日											
	現住所													
	旧住所	<input type="checkbox"/> 本年1月1日時点の住所 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ												
	※過去2年間に転居がある場合	<input type="checkbox"/> 昨年1月1日時点の住所 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ												
個人番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>													
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>【保健所で記入】</p> <p>_____ 年度</p> <p>市町村民税 (所得割)</p> <p>_____ 円</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p><input type="checkbox"/> 住基確認</p> <p>業務利用番号 _____</p> <p>世帯番号 _____</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center;">扶養控除の人数</p> <p>一般 _____</p> <p>特定 _____</p> <p>老人 _____</p> </div> </div> </div>														

- 1 太枠の中のみ記入すること。
- 2 申請者と住民票上同一世帯に属する者全員から同意をとること。
- 3 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は、複数枚使用してください。
- 4 申請者のマイナンバーを窓口で確認します。
マイナンバーカードや通知カードなど、個人番号のわかる書類を必ず持参してください。

番号確認	本人確認	
申請者のマイナンバーが確認できる書類 <input type="checkbox"/> 個人番号通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号カード（裏面） <input type="checkbox"/> 個人番号付き住民票等	1点で確認可能	本人の身元確認ができるもの <input type="checkbox"/> 個人番号カード（表面） <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード
	2点で確認可能	<input type="checkbox"/> 被保険者証又は資格確認書 <input type="checkbox"/> 各種医療給付の受給者証 <input type="checkbox"/> 社員証・学生証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他（ ）

