

群馬県知事 あて

令和 年 月 日

世帯員調査書兼同意書

下記の者は、群馬県ウイルス性肝炎患者等重症化予防推進事業実施要領4検査費用の助成(5)検査費用の請求イ定期検査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)		【非課税 <input type="checkbox"/> 】 円					
申請者	フリガナ				【保健所で記入】 年度 _____ 市町村民税 (所得割) _____ 円 (均等割) _____ 円	<input type="checkbox"/> 住基確認 業務利用番号 _____ 世帯番号 _____	
	氏名						
	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月			日
	現住所						
	旧住所	・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	・昨年1月1日時点の住所 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ					
個人番号							

- 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	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
<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	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（ ）

(世帯員が多い場合は本書を追加してください。)

同意者 (同一世帯員)	続柄											【保健所で記入】	業務利用番号 _____ 世帯番号 _____	
	フリガナ													
	氏名													
	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日						年度 市町村民税 (所得割)			
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ												_____円 (均等割)
	旧住所 [※] <small>※過去2年間に転居がある場合</small>	・本年1月1日時点の住所 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ												_____円
		・昨年1月1日時点の住所 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ												合算除外 <input type="checkbox"/> 有 _____
個人番号												扶養関係 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		
同意者 (同一世帯員)	続柄											【保健所で記入】	業務利用番号 _____ 世帯番号 _____	
	フリガナ													
	氏名													
	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日						年度 市町村民税 (所得割)			
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ												_____円 (均等割)
	旧住所 [※] <small>※過去2年間に転居がある場合</small>	・本年1月1日時点の住所 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ												_____円
		・昨年1月1日時点の住所 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ												合算除外 有 <input type="checkbox"/> _____
個人番号												扶養関係 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		

