

《別紙》

県営住宅の入居者様へ

群馬県住宅供給公社

個人番号（マイナンバー）の利用による収入申告について

収入申告は、別紙『「収入に関する申告書」の提出について』に記載のとおり、「収入に関する申告書」に各種証明書類（所得・課税証明書や障害者手帳など）を添付して申告をすることとなっておりますが、収入申告書に個人番号提供書と個人番号（マイナンバー）を添えて提出する場合、所得・課税証明書は不要です。（障害者手帳、療育手帳をお持ちの方は、手帳のコピーも必要です。）

この手続きを行う場合は、厳格な本人確認や個人番号の提出、個人番号提供書の記入等が必要です。下記に該当するものを必ず提出してください。

*これまで個人番号（マイナンバー）を利用した方も、個人番号提供書は必要ですので、ご記入のうえ必ず提出してください。

★郵送によるご提出にご協力をお願いいたします。

【個人番号カードをお持ちで初めて利用する方】

- 収入に関する申告書
- 個人番号提供書（裏面の記入例をよくご覧になって記入してください）
- 個人番号カード * 郵送の場合はコピー（両面）可

【個人番号カードがなく初めて利用する方】

- 収入に関する申告書
- 個人番号提供書（裏面の記入例をよくご覧になって記入してください）
- 個人番号（マイナンバー）記載の住民票 * 郵送の場合はコピー可
- 本人確認書類 * 郵送の場合はコピー可

*** 次の本人確認書類が必要です**

※（1点で良いもの…顔写真付きのもの）

- 運転免許証
- 旅券（パスポート）
- 在留カード
- 住民基本台帳カード（顔写真付き）
- 身体障害者手帳
- 精神障害者保健福祉手帳（顔写真付き）
- 療育手帳

※（2点必要なもの）

- 公的医療保険の被保険者証
* コピーの場合は、「保険者番号」「記号」「番号」部分が見えないようにしてください。
- 精神障害者保健福祉手帳（顔写真付きでないもの）
- 年金手帳
- 住民基本台帳カード（顔写真付きでないもの）
- 児童扶養手当証書
- 特別児童扶養手当証書
* 児童扶養手当及び特別児童扶養手当の証書は、名前が記載されている方が対象です。

【これまで、個人番号（マイナンバー）を利用した方】

- 収入に関する申告書
- 個人番号提供書（裏面の記入例をよくご覧になって記入してください）

* 障害者手帳、療育手帳をお持ちの方

身体障害、精神障害、療育の情報を提供する場合、マイナンバーシステム試行中のため情報連携ができないことがあります。

手帳をお持ちの方は、必ず手帳のコピーを提出してください。

※ご不明な点はお問い合わせください。

（担当：管理部管理課）
（電話：027-223-5811）
（音声ガイダンス 1⇒1）

※マイナンバーを提出した場合でも、個々の状況により書類の追加提出が必要な場合があります。

※マイナンバー提出に不備があった場合、情報連携が不可能となり、収入申告は完了しません。

書類不備となりますので、提出された書類はそのままお返しする場合があります。

《個人番号提供書の記入方法は、裏面をご覧ください。》

(記 入 例)

(表)
個人番号提供書

令和3 年 6 月 15 日

群馬県知事 へ
(市町村の長又は群馬県住宅供給公社の理事長)

提供者 ○○ 県営住宅 77-A 棟 101 号
氏名 群馬 太郎

名義人の氏名を
ご記入ください

群馬県県営住宅管理条例第19条の規定による申告に当たり、所得証明書類の添付を省略したいので、次のとおり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第2条第5項に規定する個人番号を提供します。

記

続柄	フリガナ		知事が取得す 個人番号の提供により、各種証明書類の添付省略したい項目について、レ点でマークしてください。
	氏 名		
	生年月日		
	住 所		
	個人番号		
本人	グ ン マ タ ロ ウ	<input checked="" type="checkbox"/> 地方税関係情報 (注1)	
	群 馬 太 郎	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳関係情報 (注2)	
	昭 和 3 5 年 1 月 1 日	<input type="checkbox"/> 精神障害者手帳関係情報 (注3)	
	○○市○○町○○番地○○県営住宅 77-A 棟 101 号	<input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳関係情報	
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	<input type="checkbox"/> 療育手帳関係情報	
		<input type="checkbox"/> その他 ()	
妻	グ ン マ サ ク ラ	<input checked="" type="checkbox"/> 地方税関係情報	
	群 馬 サ ク ラ	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳関係情報	
	昭 和 4 0 年 1 0 月 2 8 日	<input type="checkbox"/> 精神障害者手帳関係情報	
	○○市○○町○○番地○○県営住宅 77-A 棟 101 号	<input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳関係情報	
	2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3	<input type="checkbox"/> 療育手帳関係情報	
		<input type="checkbox"/> その他 ()	
子	グ ン マ イ チ ロ ウ	<input checked="" type="checkbox"/> 地方税関係情報	
	群 馬 一 郎	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳関係情報	
	平 成 3 年 1 0 月 1 日	<input type="checkbox"/> 精神障害者手帳関係情報	
	○○市○○町○○番地○○県営住宅 77-A 棟 101 号	<input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳関係情報	
	3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/> 療育手帳関係情報	
		<input type="checkbox"/> その他 ()	
		<input type="checkbox"/> 地方税関係情報	
		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳関係情報	
		<input type="checkbox"/> 精神障害者手帳関係情報	
		<input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳関係情報	
		<input type="checkbox"/> 療育手帳関係情報	
		<input type="checkbox"/> その他 ()	

個人番号 (マイナンバー) をこちらに記入してください。

(注) 今年度、地方税関係情報を提供する方は平成17年4月1日以前に生まれた方です。
平成17年4月2日以降に生まれた方は、記入しないでください。