

《別紙》

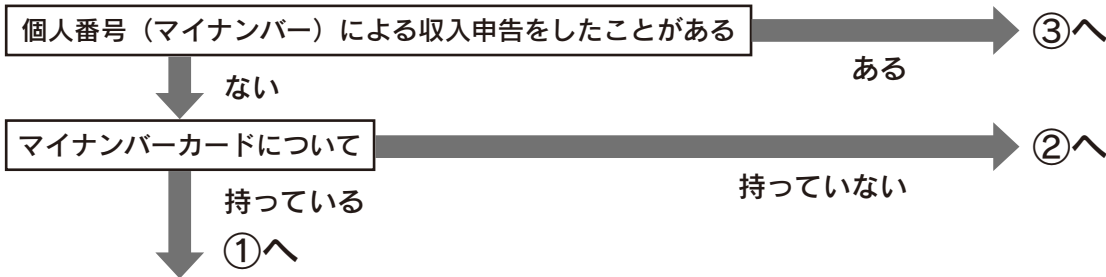
県営住宅の入居者様へ

群馬県住宅供給公社

個人番号（マイナンバー）を利用した収入申告について

この手続きを行う場合は、個人番号提供書の提出と本人確認が必要です。
下記に該当するものを必ず提出してください。（原則、郵送にて提出）

※個人番号（マイナンバー）を利用した収入申告の場合は、所得・課税証明書や障害者手帳等のコピーの提出は不要です。



① 【個人番号（マイナンバー）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（裏面の記入例を参考に記入してください）
- 個人番号（マイナンバー）カードのコピー（両面）

② 【個人番号（マイナンバー）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（裏面の記入例を参考に記入してください）
- 個人番号（マイナンバー）記載の住民票 ※通知カードは利用できません。
- 名義人様の本人確認書類のコピー ※下記★を参照

③ 【個人番号（マイナンバー）による収入申告をしたことがある方】

- 収入に関する申告書
- 個人番号提供書（裏面の記入例を参考に記入してください）
- 名義人様の本人確認書類のコピー ※下記★を参照

★ 本人確認書類について（コピーを提出してください。）

次の顔写真がある書類のうち1つ	顔写真付きの書類がない場合は次のうち2つ以上
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 個人番号（マイナンバー）カード（表面）<input type="checkbox"/> 運転免許証<input type="checkbox"/> 運転履歴証明書 *平成24年4月1日以降に交付されたもの。<input type="checkbox"/> 旅券（パスポート）<input type="checkbox"/> 在留カード<input type="checkbox"/> 特別永住者証明書<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（顔写真付き）<input type="checkbox"/> 療育手帳	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 公的医療保険の被保険者証 *「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。<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（顔写真なし）<input type="checkbox"/> 年金手帳<input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 *「受給者氏名」欄の方が対象です。<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書 *「受給者氏名」欄の方が対象です。<input type="checkbox"/> 官公署発行の書類 (氏名の他に生年月日または住所の記載があるもの)

注意

※個人番号提供書は、誤りのないよう正確に記入してください。

誤りや書類不備があった場合は、必要な情報を取得することができず、収入申告が完了しません。

※個人番号提供書には、平成18年4月1日以前に生まれた個人番号（マイナンバー）を利用する方についてのみ記入してください。

※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ので、ご了承ください。

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）

《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)

別記様式第31号の2 (規格A4) (第29条関係)

(表)
個人番号提供書

令和4年6月15日

(あて先)
群馬県知事
(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

名義人の氏名を記入してください。
氏 名 群馬 太郎

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、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1項第1号イに規定する個人番号を提供します。

個人番号の提供により、各種証明書類の添付を省略したい項目について、レ点を付けてください。

記

フリガナ	グ ン マ タ ロ ウ	続柄	本人	知事が取得する情報
氏 名	群 馬 太 郎			<input checked="" type="checkbox"/> 地方税関係情報
生年月日	昭 和 3 5 年 1 月 1 日			<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳関係情報
住 所	○○市○○町○○番地○○県営住宅77-A棟101号			<input type="checkbox"/> 精神障害者手帳関係情報
個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2			<input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳関係情報
フリガナ	グ ン マ サ ク ラ	続柄	妻	<input type="checkbox"/> 療育手帳関係情報
氏 名	群 馬 サ ク ラ			<input type="checkbox"/> その他 ()
生年月日	昭 和 4 0 年 1 0 月 2 8 日			知事が取得する情報
住 所	○○市○○町○○番地○○県営住宅77-A棟101号			<input checked="" type="checkbox"/> 地方税関係情報
個人番号	2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3			<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳関係情報
フリガナ	グ ン マ イ チ ロ ウ	続柄	子	<input type="checkbox"/> 精神障害者手帳関係情報
氏 名	群 馬 一 郎			<input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳関係情報
生年月日	平 成 3 年 1 0 月 1 日			<input type="checkbox"/> 療育手帳関係情報
住 所	○○市○○町○○番地○○県営住宅77-A棟101号			<input type="checkbox"/> その他 ()
個人番号	3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4			知事が取得する情報
フリガナ				<input type="checkbox"/> 地方税関係情報
氏 名				<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳関係情報
生年月日				<input type="checkbox"/> 精神障害者手帳関係情報
住 所				<input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳関係情報
個人番号				<input type="checkbox"/> 療育手帳関係情報
				<input type="checkbox"/> その他 ()

身体障害者手帳の添付を省略したい場合は、こちらにレ点を付けてください。

所得・課税証明書の添付を省略したい場合は、こちらにレ点を付けてください。

12ケタの個人番号(マイナンバー)を記入してください。

(注) 今年度、地方税関係情報を提供する方は平成18年4月1日以前に生まれた方です。
平成18年4月2日以降に生まれた方は、記入しないでください。