

(表)
個人番号提供書

年 月 日

群馬県知事 あて
(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 棟 号
氏 名 _____

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	知事が取得する情報
	氏 名	
	生年月日	
	住 所	
	個人番号	
本人		<input type="checkbox"/> 地方税関係情報(注1)
		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳関係情報(注2)
		<input type="checkbox"/> 精神障害者手帳関係情報(注3)
		<input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳関係情報(注4)
		<input type="checkbox"/> 療育手帳関係情報(注5)
	<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 ()	
		<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 ()	
		<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 ()	

(裏)

続柄	フリガナ	知事が取得する情報
	氏名	
	生年月日	
	住所	
	個人番号	
		<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 ()
		<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 ()
		<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 ()
		<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 ()

備考

- 1 個人番号を提供し、所得証明書類の添付を省略したい方（入居者又は同居者）について記載してください。
- 2 個人番号の提供により、所得証明書類に代えて知事が取得する情報について、該当する□欄にレ点を記入してください。

注1 地方税関係情報とは、地方税法（昭和25年法律第226号）第4条第2項第1号の道府県民税又は同法第5条第2項第1号の市町村民税に関する情報をいう。

- 2 身体障害者手帳関係情報とは、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第1項の身体障害者手帳の交付及びその障害の程度に関する情報をいう。
- 3 精神障害者手帳関係情報とは、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第45条第1項の精神障害者保健福祉手帳の交付及びその障害の程度に関する情報をいう。
- 4 戦傷病者手帳関係情報とは、戦傷病者特別援護法（昭和38年法律第168号）第4条第1項の戦傷病者手帳の交付及びその障害の程度に関する情報をいう。
- 5 療育手帳関係情報とは、群馬県療育手帳に関する規則（平成27年群馬県規則第74号）第4条第1項の療育手帳の交付及びその障害の程度に関する情報をいう。