

呉市長 様

重度心身障害者医療費受給資格(更新)認定申請における
個人番号利用に関する同意書

令和 年 月 日

下記の者は、上記の手続きを処理するために限って

____ 6 ____ 年度
____ 年度 の地方税関係情報について取得することに同意します。

同意者 (受給者)	フリガナ		生年月日	大正・平成 昭和・令和	年	月	日生
	氏名		受給者との 続柄				
	住所						
	個人番号(マイナンバー)						

同意者 (配偶者)	フリガナ		生年月日	大正・平成 昭和・令和	年	月	日生
	氏名		受給者との 続柄				
	住所	※受給者と同じ場合は省略可					
	個人番号(マイナンバー)						

同意者 (扶養義務者等)	フリガナ		生年月日	大正・平成 昭和・令和	年	月	日生
	氏名		受給者との 続柄				
	住所	※受給者と同じ場合は省略可					
	個人番号(マイナンバー)						

同意者 (扶養義務者等)	フリガナ		生年月日	大正・平成 昭和・令和	年	月	日生
	氏名		受給者との 続柄				
	住所	※受給者と同じ場合は省略可					
	個人番号(マイナンバー)						

同意者 (扶養義務者等)	フリガナ		生年月日	大正・平成 昭和・令和	年	月	日生
	氏名		受給者との 続柄				
	住所	※受給者と同じ場合は省略可					
	個人番号(マイナンバー)						

※同意者は自署で記入してください。代理人が同意書に署名する場合は、本人からの委任状が必要です。 H30.7