

記入例

個人番号独自利用事務分

令和〇年〇月〇日

(提出先) 徳島市長

同意書

1. 申請者(受給者)

私が申請した重度心身障害者医療費受給者認定(更新)申請書・資格内容変更届に関し、資格の認定及び受給者証更新に必要な地方税関係情報(所得情報)又は健康保険情報を個人番号(マイナンバー)を利用した情報連携により取得することに同意します。

個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3	受給者番号	●●●●●
住所	徳島市幸町●丁目●番地の●		
氏名	徳島 太郎	生年月日	(T) (S) H ▲▲ 年 ▲月 ▲日
届出人	徳島 太郎	続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 (受給者が未成年の場合) <input type="checkbox"/> 成年後見人

注) 成年後見人が届出人の場合は、登記事項証明書(写)の添付が必要です。

2. 関係者

私は、上記対象者の資格の認定及び受給者証更新に必要な地方税関係情報(所得情報)又は健康保険情報を個人番号(マイナンバー)を利用した情報連携により取得することに同意します。

関係者	個人番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 0 0	続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 扶養義務者
①	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	氏名	徳島 梅子	生年月日	(T) (S) H □ 年 □月 □日
関係者	個人番号	8 7 6 5 4 3 2 1 0 0 0 0	続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 扶養義務者
②	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 香川県高松市●●町●番地の●		
	氏名	香川 松子	生年月日	(T) (S) H ○ 年 ○月 ○日

●1月1日現在の住所

対象	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 関係者① <input type="checkbox"/> 関係者②
1日1日	〒 〇〇〇-〇〇〇〇
現在住所	愛媛県今治市★町★番地の★
対象	<input type="checkbox"/> 申請者 <input checked="" type="checkbox"/> 関係者① <input type="checkbox"/> 関係者②
1日1日	〒 〇〇〇-〇〇〇〇
現在住所	愛媛県今治市★丁目★番地の★
対象	<input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 関係者① <input checked="" type="checkbox"/> 関係者②
1日1日	〒 〇〇〇-〇〇〇〇
現在住所	香川県高松市●●町●番地の●

住所移動の有無にかかわらず、1月1日現在の住所をご記入ください。

注) 代理人が関係者への説明又は代筆を行う場合は、本人からの委任が必要です。