

令和 年 月 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											受給者番号			
住 所														
氏 名						生年月日	T S H	年	月	日				
届出人						続柄	<input 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 ①	個人番号											続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 扶養義務者		
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ													
	氏 名						生年月日	T S H	年	月	日				
関係者 ②	個人番号											続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 扶養義務者		
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ													
	氏 名						生年月日	T S H	年	月	日				

● 1月1日現在の住所

対 象	<input type="checkbox"/> 申請者	<input type="checkbox"/> 関係者①	<input type="checkbox"/> 関係者②
1日1日 現在住所	〒		
対 象	<input type="checkbox"/> 申請者	<input type="checkbox"/> 関係者①	<input type="checkbox"/> 関係者②
1日1日 現在住所	〒		
対 象	<input type="checkbox"/> 申請者	<input type="checkbox"/> 関係者①	<input type="checkbox"/> 関係者②
1日1日 現在住所	〒		

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。