

地方税関係情報及び加入医療保険の資格情報の取得に関する同意書

提出日 年 月 日

加東市が加東市福祉医療費助成に関する条例又は加東市高齢重度障害者医療費助成に関する条例に基づく事務手続を処理するために限って、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9条第2項及び加東市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に基づく個人番号の利用及び特定個人情報の提供に関する条例第4条第1項に基づき、年度以降の地方税関係情報及び加入医療保険の資格情報について加東市が調査することに同意します。

同意者	ふりがな			※職員記入欄
	氏名			本人確認 1点:マ 免 パ 他()
	生年月日	年 月 日		2点:
	現住所			番号確認 有(マ・)無 宛名番号:
1月1日 時点住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ (右記記入不要)			
同意者	ふりがな			本人確認
	氏名			1点:マ 免 パ 他()
	生年月日	年 月 日		2点:
	現住所			番号確認 有(マ・)無
1月1日 時点住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ (右記記入不要)			宛名番号:
同意者	ふりがな			本人確認
	氏名			1点:マ 免 パ 他()
	生年月日	年 月 日		2点:
	現住所			番号確認 有(マ・)無
1月1日 時点住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ (右記記入不要)			宛名番号:

同意対象の受給者	受給者氏名	生年月日	現住所	※職員記入欄
		年 月 日		乳こ母障高移 受給者番号:
		年 月 日		乳こ母障高移 受給者番号:
		年 月 日		乳こ母障高移 受給者番号:
		年 月 日		乳こ母障高移 受給者番号:

記載要領

- 各申請において、次の方からの同意が必要となります。
高齢期移行者（世帯員全員）、重度障害者・高齢重度障害者（本人、配偶者及び扶養義務者）、乳幼児等・子ども（父・母等の扶養義務者）、母子家庭等（父・母・養育者のいずれかの者又は扶養義務者）。ただし、15歳未満の方又は被成年後見人は除きます。
- 同意者欄は同意する者が自ら署名してください。なお、同意対象の受給者欄はいずれかの者が記入してください。
- 代理人が同意者欄に署名する場合、本人からの委任状を添付してください。
- 同意する者の数が同意者欄より多い場合又は同意対象の受給者の数が同意対象の受給者欄より多い場合は、複数枚にわたって記載してください。
- 同意する者全員の本人確認書類の添付又はマイナンバーカードの提示が必要です。郵送で提出する場合は、同意する者全員の本人確認書類の写しも添付してください。なお、マイナンバーカード裏面（マイナンバー記載部分）・通知カードの写しは添付しないでください。（窓口受付時の提示により確認します。）
- 次の場合は、保険加入資格情報の照会を行なうことができないため、被保険者証の提示又は写しの提出が別途必要です。
①マイナンバーカードを健康保険証として利用するための紐づけ登録が完了していない場合 ②重度障害者医療費受給者証又は高齢重度障害者医療費受給者証に関する手続きの場合