

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

提出日を記入してください 提出日 年 月 日

加東市が加東市福祉医療重度障害者医療費助成に関する条例に基づき、事務手続を処理するために番号の利用等に関する法律第9条第2項に基づき、個人番号を以てするに同意します。

提出時点での年度を記入してください。ただし、4月から6月に提出する場合は、前年度を記入してください。

令和5年度

現在、加東市外に在住の場合は市外の現住所を記載してください。（現在の住所と1月1日時点の住所が異なる場合は1月1日時点の住所も書いてください。）

現在、加東市に在住しており、今年1月1日時点では、市外在住の場合は加東市の現住所と1月1日時点での住所を書いてください。

同意者	ふりがな	かとう いちろう	
	氏名	加東 一郎	
	生年月日	昭和 63 年 7 月 1 日	
	現住所	東京都新宿区西新宿二丁目 8 番1号	
同意者	1月1日時点住所	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ (右記記入不要)	
	ふりがな	かとう はなこ	
	氏名	加東 花子	
	生年月日	平成 元 年 2 月 29 日	
同意者	現住所	加東市社50番地	
	1月1日時点住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ (右記記入不要)	神戸市中央区下山手通 5 丁目 10-1
	ふりがな		
	氏名		
同意者	生年月日	年 月 日	
	現住所		
	1月1日時点住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ (右記記入不要)	
	氏名		

同意者それぞれにおいて自署してください（代筆不可）

※代筆の場合は委任状の添付が別途必要です。

1点：元ハ
他（ ）
2点：
番号確認
有（マ・ ）無
宛名番号：

同意対象の受給者	受給者氏名	生年月日	現住所
	加東 太郎	平成 26 年 11 月 12 日	加東市社 50 番地
	加東 次郎	令和 2 年 1 月 1 日	同上
		年 月 日	
		年 月 日	

受給者本人、又は、いずれかの同意者が記入してください。（代筆可）

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。高齡期移行者（世帯員全員）、重度障害者・高齡重度障害者（本人、配偶者及び扶養義務者）、乳幼児等・こども（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齡重度障害者医療費受給者証に関する手続きの場合