

同意書

下記の者は、志摩市保険年金課が志摩市福祉医療費の助成に関する条例に基づく事務手続きを処理するために、個人番号及び地方税関係情報について調査・取得することに同意します。なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

申請公費：子ども・一人親・障がい

助成を受ける人の氏名： _____ (生年月日： _____)

連絡先 (連絡の取れる番号)： _____

同意者	助成対象者との続柄	
	フリガナ	
	氏 名	印
	生年月日	
	個人番号	
	現住所	<input type="checkbox"/> 助成対象者と同住所
	1/1 時点の住所	<input type="checkbox"/> 同上
同意者	助成対象者との続柄	
	フリガナ	
	氏 名	印
	生年月日	
	個人番号	
	住所	<input type="checkbox"/> 助成対象者と同住所
	1/1 時点の住所	<input type="checkbox"/> 同上

※所得判定の対象となる方（保護者・配偶者・扶養義務者等）の署名・押印をお願いします。

※助成対象者と同居している場合は□にチェックを入れてください。

◎同意する者が自ら署名をしてください。

◎代理人が同意書に署名する場合、本人の委任状が必要です。

市 町 確 認 欄					
受 付	届 出 (来庁者)	個人番号 (同意者①)	個人番号 (同意者②)	確 認	受給者番号
	免許証 ・ 健康保険証 介護保険証 ・ 個人番号カード その他 ()	通知カード+ (免・保・他) 個人番号カード 職権	通知カード+ (免・保・他) 個人番号カード 職権		