

常 滑 市 長 様

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

常滑市が常滑市子ども医療費支給条例、常滑市障がい者医療費支給条例、常滑市母子・父子家庭医療費支給条例、常滑市精神障がい者医療費支給条例、常滑市後期高齢者福祉医療費支給要綱、常滑市未熟児養育医療給付に関する規則に基づく事務手続を処理するために限り、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項及び常滑市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、該当年度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常滑市が調査することに同意します。

同意者	ふりがな									受給者との続柄			
	氏名									生年月日	年	月	日
	現住所												
	個人番号 (マイナンバー)												
	本年1月1日 の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ								都・道	市・区		
	昨年1月1日 の住所	<input type="checkbox"/> 本年1月1日と同じ								都・道	市・区		
										府・県	町・村		
										府・県	町・村		

同意対象の受給者	ふりがな 氏名	生年月日	住 所
	<input type="checkbox"/> 同意者と同じ	年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	

【注意事項】

- 同意書は必ず同意者ご本人の直筆でご記入ください。※15歳未満及び成年被後見人の方は法定代理人の同意が必要です。
- 同意者の本人確認書類の写しの添付が必要です。なお、マイナンバーカード裏面・通知カードの写しは添付しないでください。
- 代理人が同意者欄に署名する場合、同意者からの委任状を添付し、代理人の本人確認書類の提示をしてください。
- マイナンバーカードを保険証として利用するための登録が完了していない場合、加入保険資格情報の照会を行うことができないため、資格確認書等の提示が別途必要です。

※本人確認書類添付欄