

記入例

マイナンバーの利用に関する同意書

記入日

→

○

年

○

月

○

日

(宛先) 恵庭市長

下記の者は、恵庭市長が医療費受給者証交付の審査に当たり、「恵庭市子ども医療費助成に関する条例第4条の2の規定」に基づき、**受給対象者の氏名を記入してください**。また、「恵庭市子ども医療費助成に関する条例第6条の規定」により、**※対象者複数いる場合は、全員の氏名を記入してください。**を記入してください。

なお、本書の提出は、**同意することを申し添えます。**

受給対象者氏名：		恵庭 岳、鈴		受給者番号：		
同意者	フリガナ	エニワ タロウ				
	氏名	恵庭 太郎				
	生年月日	昭和55年 1月 1日		受給対象者との続柄	本人 その他(☒ 父 ☐ 母)	
	個人番号(マイナンバー)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2				
	今年1月1日の住所	北海道	恵庭市	区	町 村	
	昨年1月1日の住所	北海道	札幌市	区	町 村	
同意者	フリガナ	エニワ ハナコ				
	氏名	恵庭 花子				
	生年月日	昭和57年 11月 1日		受給対象者との続柄	本人 父 ☐ 母 ☒ その他()	
	個人番号(マイナンバー)	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8				
	今年1月1日の住所	北海道	恵庭市	区	町 村	
	昨年1月1日の住所	北海道	札幌市	区	町 村	

*各医療費助成制度は、所得制限を設けています。
世帯の課税状況により助成内容を決定しているため、所得課税情報を確認させていただきます。

*この同意書を提出いただくと、マイナンバーにより他市区町村での所得課税情報を照会し、受給者証の交付判定をします。

*所得課税情報は、下記にあてはまる生計維持者と世帯員（18歳以上の方）全員分が必要となります。

①今年の1月1日に住民登録が恵庭市外であった方
例) 助成開始月が1月～7月の場合：昨年1月1日の住所と今年1月1日の住所が必要
助成開始月が8月以降の場合：今年1月1日の住所が必要

②恵庭市外で住民税が課税されている方
住民税が課税されている市区町村名を記入してください。

2 代理人が同意書に署名する場合は、本人からの委任状が必要です。

3 記載する欄が足りない場合は、裏面に記載してください。