

# マイナンバーの利用に関する同意書

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」又は「恵庭市重度心身障害者及びひとり親家庭医療費の助成に関する条例第6条の規定」による事務を処理するため、必要な年度の地方税関係情報について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、上記事務の処理に限って同意することを申し添えます。

同意者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年 月 日	受給対象者との続柄	
	個人番号(マイナンバー)			
	今年1月1日の住所	都 道 府 県	市 区 町 村	
	昨年1月1日の住所	都 道 府 県	市 区 町 村	
同意者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年 月 日	受給対象者との続柄	
	個人番号(マイナンバー)			
	今年1月1日の住所	都 道 府 県	市 区 町 村	
	昨年1月1日の住所	都 道 府 県	市 区 町 村	
同意者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年 月 日	受給対象者との続柄	
	個人番号(マイナンバー)			
	今年1月1日の住所	都 道 府 県	市 区 町 村	
	昨年1月1日の住所	都 道 府 県	市 区 町 村	

受給対象者氏名：	受給者番号：
----------	--------

(注)

- 1 同意する者が自ら署名を行ってください。
- 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。