

マイナンバーの利用に関する同意書

記入例

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」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	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	○
	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 都(道) 恵庭 市(区)	府 県	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55年 1月 1日	受給対象者との続柄	○
	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 都(道) 恵庭 市(区)	府 県	町 村
昨年1月1日の住所	北海 都(道) 札幌 市(区)	府 県	町 村	

受給者からみた続柄を記入してください
例) 父・母・本人等

*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、下記のいずれか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。

- ・今年1月1日(※1)に住居登録が恵庭市外であった方
- ・今年度(※1)恵庭市外で住民税が課税されている方

例) 助成開始月が1月～7月の場合：昨年1月1日と今年1月1日の住所を記入(※2)

助成開始月が8月以降の場合：今年1月1日の住所を記入(※2)

(※1) 助成開始月が1～7月の場合は昨年の1月1日

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