

# 医療費助成における個人番号利用に関する同意書

香芝市長 様

年 月 日

申請者(受給者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(自署または記名押印)

照会先市町村 \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ 年1月1日現在住民票のあった市町村)

私は、下記の者から、個人番号の提出及び、認定に必要な地方税関係情報に関する公簿の閲覧(個人番号を利用した所得照会を含む)について、同意を得ております。個人番号カード(通知カード)を持参していない場合は、公簿により個人番号を確認することに同意します。

## 記

申請者と生計を同一にする者の氏名	続柄	個人番号
		.....
		.....
		.....
		.....
		.....
		.....
		.....
		.....

※所得判定対象者となる生計を同一にする者の氏名と個人番号を記入ください。  
※続柄は申請者(受給者)からみた続柄を記入ください。  
※生計を同一にする者で同意を得られない場合は所得証明の提出が必要です。