育成医療・養育医療における個人番号利用に関する同意書

年　　月　　日

（宛先）松本市長

私は、　育成医療　・　養育医療　の申請内容の審査に必要となるため、次の同意者から個人番号の提出について同意を得ています。

この書類を窓口へ提出される方　住所　松本市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（提出時に身元確認が必要です。）氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

認定に必要となる市県民税・所得税課税状況、加入医療保険の資格情報等を、松本市が調査（マイナンバーを用いた情報連携による公簿等の閲覧等を含む。）することについて同意します。

同一生計の方全員※				
（ふりがな） 同意者氏名	生年月日	続柄	対象者 （○印）	個人番号（マイナンバー） 1月1日現在の住所
（　　）	M T S H R ．　．			
（　　）	M T S H R ．　．			
（　　）	M T S H R ．　．			
（　　）	M T S H R ．　．			
（　　）	M T S H R ．　．			
（　　）	M T S H R ．　．			

・続柄の欄は、世帯主からみた続柄を記入してください。

・対象者の欄は、育成医療又は養育医療の対象者に○印を記入してください。

・１月１日の住所の欄が世帯全員同じ場合は、２人目以降を同上と記入してください。

※対象者を税法上の扶養にとっている市外の扶養者も含みます。

※同一生計とは生活を共にしている場合です。別世帯でも生活を共にしている場合は同一生計です。

以下の欄は、松本市職員が記入します。

事務処理欄			
	身元確認	写真あり（１点）	写真なし（２点）
		□番号カード　□免許証　□パスポート □在留カード　□住基カード　□障害者手帳 □その他（　　）	□診察券 □年金手帳・証書　□通帳等 □その他（　　）
	個人番号確認方法	□番号カード　□通知カード　□その他（　　） □番号未記入のため来庁者に了解を得て担当者が記入	
	受付場所	障がい福祉課・西部福祉課・こども福祉課	受付担当者