

記入例

福祉医療における個人番号利用に関する同意書

〇〇年〇〇月〇〇日

(あて先) 松本市長

私は、次の同意者から、市が個人番号利用に関する条例別表第1の2の項の事務を処理するために必要となる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 丸の内3番7号

(提出時に身元確認が必要です。) 氏名 松本 花子

電話 090-XXXX-XXXX

認定に必要となる租税に関する公簿を、松本市が閲覧(個人番号を利用した所得照会を含む)することについて同意します。

転入した同一生計の方全員※				
(ふりがな) 同意者氏名	生年月日	続柄	福祉医療 該当○印	個人番号(マイナンバー)
				1月1日現在の住所
(まつもと たろう) 松本 太郎	M T S ④ R 〇〇.〇〇.〇〇	世帯主		1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 長野市大字鶴賀緑町1613番地
(まつもと はなこ) 松本 花子	M T S ④ R 〇〇.〇〇.〇〇	妻		1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 3 同上
(まつもと こたろう) 松本 子太郎	M T S H ④ R 〇〇.〇〇.〇〇	子	○	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 4 同上
()	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。
- ・福祉医療該当の欄は、該当者に○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人目以降を同上としてください。

※福祉医療受給者を税法上の扶養にしている者も含む

※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。

身元確認 (代理権)	写真あり(1点)	写真なし(2点)
	<input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 保険証(国・後・社・介) <input type="checkbox"/> 診察券
<input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 障害者手帳	<input type="checkbox"/> 年金手帳・証書 <input type="checkbox"/> 通帳等	
<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> その他()	
確認書類No.	確認書類No. ※5	
登記事項証明書 ・ 代理権目録 ・ 代理行為目録 ・ 同意行為目録		
個人番号 確認方法	<input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> 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	障害福祉課・こども福祉課・西部福祉課・(支所・出張所)	受付担当者