

地方税関係情報及び加入医療保険の資格情報の取得に関する同意書

(あて先) 高山市長

提出日 年 月 日

下記の対象者に対する福祉医療費受給認定の審査に必要な限りにおいて、対象者の加入医療保険の資格及び同意者の令和 年度以降の地方税情報について、高山市がマイナンバー制度による情報連携を利用して調査することに同意します。

同意者	ふりがな			職員記入欄
	氏名			本人確認
	生年月日	年	月 日	免・パ・保・介 ()
	現住所			個人番号提示
	1月1日 時点住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ (右欄記入不要)		有(マ・) 無
同意者	ふりがな			職員記入欄
	氏名			本人確認
	生年月日	年	月 日	免・パ・保・介 ()
	現住所			個人番号提示
	1月1日 時点住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ (右欄記入不要)		有(マ・) 無
同意者	ふりがな			職員記入欄
	氏名			本人確認
	生年月日	年	月 日	免・パ・保・介 ()
	現住所			個人番号提示
	1月1日 時点住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ (右欄記入不要)		有(マ・) 無

受給対象者	氏名	生年月日	現住所	職員記入欄
		年 月 日		受給者番号
		年 月 日		受給者番号
		年 月 日		受給者番号

【裏面に注意事項あり】

【注意事項】

1. 同意者欄は、同意する方が自ら署名してください。対象者欄は、いずれかの方が記入してください。
※代理人が提出される場合は、同意者からの委任状が必要です
2. 同意が必要な方は、子ども（父母等の扶養義務者）、重度（本人・配偶者・扶養義務者）、ひとり親（父母等・扶養義務者）です。
3. 同意者全ての本人確認書類の添付またはマイナンバーカードの提示が必要です。
4. 郵送で提出される場合は、同意者全ての本人確認書類の写しも添付してください。なお、マイナンバーカード裏面・通知カードの写しは添付不要です（窓口提出時は目視で確認します）。
5. 情報連携には日数を要しますので、受給者証の発行までに 10 日前後かかる場合があります。