

大館市長 様

令和 年 月 日

同意書

大館市福祉医療費受給者証の申請及びこの申請以後の年度の受給者証更新にあたり、この申請および更新に係る判定に必要な私の所得状況等の情報を、マイナンバー制度による情報連携を利用して大館市長が調査することに同意します。

| | | | | | | | | |
|-------|---------|---------------------------------|--------------|--|-------|--|---|--|
| 同意者 | 受給者との続柄 | | | | 宛名コード | | | |
| | フリガナ | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | |
| | 生年月日 | 年 | | | 月 | | 日 | |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 申請書と同じ | 昨年1月1日時点の住所地 | | | | | |
| | | | 本年1月1日時点の住所地 | | | | | |
| ※個人番号 | | | | | | | | |
| 同意者 | 受給者との続柄 | | | | 宛名コード | | | |
| | フリガナ | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | |
| | 生年月日 | 年 | | | 月 | | 日 | |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 申請書と同じ | 昨年1月1日時点の住所地 | | | | | |
| | | | 本年1月1日時点の住所地 | | | | | |
| ※個人番号 | | | | | | | | |
| 同意者 | 受給者との続柄 | | | | 宛名コード | | | |
| | フリガナ | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | |
| | 生年月日 | 年 | | | 月 | | 日 | |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 申請書と同じ | 昨年1月1日時点の住所地 | | | | | |
| | | | 本年1月1日時点の住所地 | | | | | |
| ※個人番号 | | | | | | | | |

※個人番号は、現在の住民登録地が大館市外の場合のみ記入してください。

記載要領

- 1 同意する者が自ら署名を行うこと。
- 2 代理人が同意書に署名する場合、本人から委任状をとること。
- 3 申請書等に同意が必要な者の住所を記入している場合、同意書への住所の記載は省略してよい。
- 4 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は欄外に記載して差し支えない。

| 届出者 | 本人確認書類 | 担当 |
|-----|--------|----|
| | | |