

# 医療費給付に係る関係情報取得に関する同意書

雫石町長 様

令和 年 月 日

私は、医療費の給付に係る受給者証の交付（更新）申請を行うにあたり、雫石町個人番号の利用等に関する条例第3条に基づき、受給者証の交付（更新）申請及び変更の届出に係る審査において、町長が必要な年度の地方税関係情報を取得することに同意します。

受給申請者	氏名		生年月日	T・S H・R	年	月	日
	現住所	岩手県岩手郡雫石町					

同意者	申請者との続柄	父・母・子・その他（ ）					
	氏名						
	生年月日	T・S H・R	年	月	日		
	個人番号						
	現住所	<input type="checkbox"/> 受給申請者と同じ					
	1月1日の住所地		都道 府県		市区 町村		
	前年1月1日の住所地		都道 府県		市区 町村		
同意者	申請者との続柄	父・母・子・その他（ ）					
	氏名						
	生年月日	T・S H・R	年	月	日		
	個人番号						
	現住所	<input type="checkbox"/> 受給申請者と同じ					
	1月1日の住所地		都道 府県		市区 町村		
	前年1月1日の住所地		都道 府県		市区 町村		

### 【記載要領】

- 1 保護者等の地方税関係情報が雫石町にない場合は、この同意書又は所得課税扶養証明書を提出してください。
- 2 同意する者が自ら署名を行ってください。
- 3 代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状を添付してください。
- 4 提出する際、同意者の番号確認書類（マイナンバーカード、通知カード、個人番号が記載された住民票等のいずれか1点）と身元確認書類（写真付の身分証明書1点又は写真のない身分証明書2点）による本人確認を行います。

町 処 理 欄	番号確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票					
	本人確認	写真有（1点）	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他（ ）				
		写真無（2点）	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 母子手帳 <input type="checkbox"/> 学生証・社員証 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
備考						確認者	