

医療費給付に係る関係情報取得に関する同意書

記入日をご記入ください。

令和 年 月 日

記入例

転入した年の1月1日時点では盛岡市、転入した前年の1月1日時点では滝沢市に住所があった場合

例 関係情報取得することへ同意します。

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

受給申請者	氏名	雫石 次郎	生年月日	T・S H・R 〇〇年〇〇月〇〇日
	現住所	岩手県岩手郡雫石町千刈田5番地1		

同意者の欄は、必ずご本人が記入してください（代理人が署名する場合は委任状が必要です）

続柄 (父) ・ 母 ・ 子 ・ その他 ( )

名 雫石 太郎

生 年 月 日 T・S  
H・R 〇〇年〇月〇日

申請者と同一住所の場合はチェックのみ。違う場合は住所を記載ください。

号 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇

現 住 所  受給申請者と同じ

1月1日の住所地 岩手 都道 盛岡 (市区) 府県 町村

前年1月1日の住所地 岩手 都道 滝沢 (市区) 府県 町村

申請者との続柄 父 ・ (母) ・ 子 ・ その他 ( )

氏 名 雫石 花子

同意者

同意書に記入いただく対象の方は、申請される医療費助成受給資格により異なります。基本的には下記のとおりですが、個々の事情により異なる場合があります。

- ・ こども医療費助成 …… 受給申請者の両親
- ・ 妊産婦医療費助成 …… 受給申請者本人とその配偶者
- ・ 重度心身障害医療費助成 …… 受給申請者、その配偶者及び扶養義務者
- ・ ひとり親助成 …… 受給者とその扶養義務者

【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